

López Valazza, Rocío Natividad

**Los dispositivos grupales
como espacios de promoción y
prevención de la salud en
familias que asisten a un
Centro de Atención Integral
Infanto Juvenil: contexto
sanitario**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Campanille, Alejandra

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Filosofía y Humanidades

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Proyecto de sistematización de prácticas

*“Los Dispositivos Grupales como espacios de promoción y
prevención de la salud en familias que asisten a un Centro de
Atención Integral Infanto Juvenil.”*

Contexto Sanitario

AUTORA: Lopez Valazza Rocío.

Córdoba, Argentina

2020

*“Los Dispositivos Grupales como espacios de promoción y
prevención de la salud en familias que asisten a un Centro de
Atención Integral Infanto Juvenil.”*

A mis padres, Laura y Fernando. Quienes estuvieron acompañándome en cada paso, brindándome su amor, confianza y ser ejemplo de esfuerzo y dedicación. Nada de esto hubiera sido posible sin ellos.

A mi hermano Juan Cruz. Quién supo acompañarme con paciencia, en este proceso personal como profesional.

A mi tía Stella, uno de mis pilares fundamentales. Quien me hizo descubrir aún más mi vocación por la psicología, así como también acompañarme en este hermoso camino.

A mis amigas, especialmente Candelaria, Florencia G, Carolina y Florencia V. Quienes me acompañaron a lo largo de la carrera, dedicando largas horas de estudio, escucha y contención.

A la Lic. Noel Arcusin. Por su dedicación, compromiso y acompañamiento durante el proceso de las prácticas pre profesionales.

A mi directora, Lic. Alejandra Campanille. Por la paciencia, y su dedicación en el proceso del trabajo integrador final.

Al Centro Integral Infanto Juvenil. Por abrirme las puertas de la institución, acompañarme, brindarme conocimientos y experiencias en la construcción del rol profesional.

Por último, aquellos que no están presentes físicamente, pero si lo están en mi corazón. Mis abuelos, que desde el lugar donde estén, me guían, me acompañan y sé que estarían orgullosos de ver este gran paso que estoy por cumplir.

A todos ellos... ¡Muchas Gracias!

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Filosofía y Humanidades

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Proyecto de sistematización de prácticas

*“Los Dispositivos Grupales como espacios de promoción y
prevención de la salud en familias que asisten a un Centro de
Atención Integral Infanto Juvenil.”*

Contexto Sanitario

AUTORA: Lopez Valazza Rocío.

DNI: 38801685

Directora: Alejandra Campanille

Córdoba, Argentina

2020

INDICE GENERAL

INDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS:	9
1. INTRODUCCIÓN:	10
2. CONTEXTO SANITARIO:	13
3. MARCO INSTITUCIONAL:	18
3.1 BREVE HISTORIA DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL	19
3.2 OBJETIVO GENERAL Y LINEAMIENTOS DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL	20
3.3 EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL	21
3.4 MODALIDAD DE TRABAJO DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL	22
3.5 ORGANIGRAMA SECRETARIA DE SALUD MENTAL	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN:	25
5. OBJETIVOS:	27
5.1 Objetivo general:	28
5.2 Objetivos específicos:	28
6. PERSPECTIVA TEÓRICA:	29
6.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SU MARCO LEGAL	30
6.2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD	31
6.3 NOCIONES RESPECTO AL GRUPO	32
6.3.1 Grupo de autoayuda:	35
6.3.2 Grupo de reflexión	36
6.3.3 Grupo terapéutico	36
6.3.4 Grupo operativo	37
6.3.5 Taller de aprendizaje	38
6.4 CONTEXTO FAMILIAR	39
6.5 EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA	42
6.6 EL PERIODO DE LA NIÑEZ	43
6.7 LOS DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	44
6.8 DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	45
7. MODALIDAD DE TRABAJO:	49
7.1 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:	50
7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS	51

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA:	52
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	53
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.	57
8.2.1 Descripción de los Dispositivos grupales con familias, púberes y niños que se desarrollan en el Centro Integral Infanto Juvenil.	57
8.2.2 Intervenciones tendientes a la promoción y prevención de la salud para el sostén de familias, púberes y niños.	70
8.2.3 Determinantes del proceso salud – enfermedad que impactan en las familias, púberes y niños que asisten a los dispositivos grupales.	85
9. REFLEXIONES FINALES:	90
10. BIBLIOGRAFÍA:	93

INDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS:

CIJ: Centro Integral Infanto Juvenil.

RISAMIJ: Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Infanto juvenil.

SENAF: Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia.

UCC: Universidad Católica de Córdoba.

NNyA: Niños, niñas y adolescentes.

1. INTRODUCCIÓN:

El presente Trabajo Integrador Final surge a partir de la sistematización de la experiencia llevada a cabo durante las prácticas propuestas por la Cátedra de Práctica Pre Profesional Supervisada, dentro del contexto sanitario realizadas en el Centro Integral Infanto Juvenil ubicado en el Hospital San Roque Viejo en el año 2019. Su finalidad es realizar un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica, posibilitando nuevos aprendizajes, asumiendo un rol de observador no participante, y de manera progresiva ir adquiriendo una mayor participación.

El hecho de que el enfoque de este trabajo sea desde el contexto sanitario, implica una superación de la dicotomía salud-enfermedad haciendo referencia a los procesos y determinantes que influyen en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. La psicología sanitaria cumpliría la función de abordar principalmente aquellas problemáticas que se estima que podrían llegar a afectar a un grupo o a un individuo, desde una comprensión de las mismas, sus determinaciones y efectos.

La institución de referencia es definida como un Centro Interdisciplinario de Atención Integral y formación en salud mental del niño/a y su familia desde una perspectiva de derecho, priorizando la singularidad de cada niño y su contexto a fin de favorecer su desarrollo psicosocial.

Se focalizó de dicha experiencia un eje de sistematización que ha surgido a partir de las diversas actividades transitadas, propuestas por el Centro. Algunas de las actividades han sido: seguimientos terapéuticos, revista de casos y dispositivos grupales.

En este sentido, el trabajo se abocará a tres de los tantos espacios grupales que se encuentran en dicha institución.

El eje de análisis consiste en los dispositivos grupales llamados “Grupo Terapéutico de Padres”, “Grupo Terapéutico de Púberes” y “Grupo Terapéutico de Niños” como espacios de promoción y prevención de la salud.

El trabajo se organiza a partir de diferentes apartados que buscan transmitir la experiencia de las prácticas. En función de esto y en primer lugar, se realiza una breve descripción del contexto sanitario y lo que implica el trabajo en el mismo. En segundo lugar, se explicitan las características propias de la institución donde se realizaron las prácticas pre profesionales. En tercer lugar se desarrolla el eje de sistematización escogido y los objetivos que se buscan alcanzar, tanto el general como los específicos. En el siguiente apartado se

desarrolla la perspectiva teórica que permitirá dar un marco conceptual al trabajo, pasando por distintas conceptualizaciones de diversos autores en torno a la temática. Seguido de la modalidad de trabajo, en donde se explicitan las técnicas que se seleccionaron para recabar la información acerca del eje de sistematización, teniendo en cuenta las consideraciones éticas. En el siguiente apartado se realiza un análisis de la experiencia en dos momentos: en el primero, se explicita la recuperación del proceso vivido durante los meses de mayo hasta diciembre del 2019 y, en el segundo, se efectúa un análisis específico del eje de dicho trabajo articulando la teoría con la práctica en sí misma. Por último, se desarrollan las reflexiones finales y se incluyen las referencias bibliográficas.

2. CONTEXTO SANITARIO:

La psicología sanitaria surge como necesidad a partir de la presencia en Argentina de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud. En primer lugar, debido a la magnitud creciente de los problemas de salud en el país fundamentalmente psicosociocultural. En segundo lugar, los problemas que debe afrontar la Salud Pública provienen de la pobreza y la exclusión social. En tercer lugar, su surgimiento se vincula con el hecho de que la modalidad de la práctica profesional de la psicología que, sistemáticamente, ha implicado escindirse de la integración al equipo multidisciplinario de salud sobre todo cuando se llega al punto de la ejecución de acciones en terreno. Finalmente, se asocia a la inhabilidad del psicólogo formado por las universidades argentinas para insertarse con legitimidad en el ámbito de la Salud Pública. Saforcada (2012)

Según dicho autor la consolidación de la Psicología Sanitaria desde el punto de vista profesional se produce en 1989, año en que el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba crea los títulos de especialista a través de un Reglamento de Especialidades que involucra, entre otros, el de Psicólogo Sanitarista. El perfil del psicólogo o psicóloga sanitarista o salubristas implica manejar un conjunto amplio de conocimientos entrelazados que, además de dar acceso a una comprensión ecosistémica del proceso de salud, permite que este profesional se inserte en cualquiera de las instancias de la salud pública, sean las de planeamiento y trazado de políticas públicas y programas de acción, las de ejecución de estas planificaciones o programaciones o la evaluación de sus resultados.

Se enmarca dentro del proceso salud – enfermedad entendiéndolo como un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos, sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos. Aguirre del Busto y Macías Llanes (2002).

Se apunta a la promoción y prevención de la salud como una forma de poder capacitar a las personas para aumentar el control, mejorar su salud y bienestar intentando evitar el inicio, la incidencia y progresión de la enfermedad o lesión biológica.

Remitiéndose al concepto de promoción de la salud, tomando a Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macías Ladino, Valencia Garcés y Palacio Rodríguez. (2010) se podrá decir que:

Consiste en el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren. Para alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, cada persona o grupo requiere identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. (p.131)

Por su parte Czeresnia (2006) plantea que promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar. Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

Dicho concepto a su vez juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables. Esto quiere decir que, es una intención continuada de acciones que modifican positivamente las estructuras que afectan la salud y sus determinantes de orden biológico, ambiental, psicosocial y estilos de vida. Es así como las políticas públicas saludables están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los niveles de salud, accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, a la vez que la participación activa y la equidad en la prestación de los mismos. El Estado debe ser el principal garante de los derechos de sus ciudadanos en materia de seguridad social. Giraldo Osorio et.al (2010)

Esto fue instalándose progresivamente en la agenda política y sanitaria del mundo entero, y ha permitido tras arduos debates, arribar a los siguientes acuerdos fundamentales: En primer lugar, las políticas públicas saludables fomentan la protección y el cuidado de bienes públicos que son considerados esenciales para el mantenimiento del bienestar y la calidad de vida de la población, tales como el consumo ecológicamente responsable, la creación de entornos afectivos que promuevan valores de reconocimiento, solidaridad y compromiso en el logro de metas ligadas al desarrollo humano. En segundo lugar, las políticas públicas deben abordar problemas con un alto grado de complejidad, comprendiendo el desarrollo de

estrategias que integren áreas a menudo tan diversas como ambiente, desarrollo social, transporte, educación, vivienda, alimentación, derechos humanos, entre otros, en virtud del carácter complejo de las acciones a desarrollar. En tercer lugar, La promoción de la salud debe figurar, de un modo articulado, en la agenda política de todos los sectores y de todos los niveles del gobierno (nacional, provincial, municipal) e instrumentarse a través de medidas legislativas, fiscales, presupuestarias, administrativas y/o incentivos económicos. Y en cuarto y último lugar, la promoción de la salud no se ocupa solamente de promover el desarrollo de habilidades personales para influir sobre la salud, sino las intervenciones medioambientales cuyo objetivo sea reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como también modificar aquellos otros que impiden ponerlos en práctica. De Lellis (2010)

Siguiendo los planteos de Calle Dávila (2011) la acción preventiva comprende no sólo las medidas destinadas a impedir la aparición de la enfermedad o una lesión, sino también a detener su avance o atenuar sus consecuencias, una vez establecida. Según esta dimensión temporal, la prevención puede ser primaria, secundaria o terciaria. La prevención primaria evita que el daño aparezca, la prevención secundaria disminuye el daño e impide que se repitan sus consecuencias una vez producido el daño, y la prevención terciaria procura la rehabilitación del daño ya causado.

La Psicología Sanitaria se rige dentro de la ley de Salud Mental Provincial (9848) y Nacional (26.657) ambas sancionadas en el año 2010. Destacando entre ellos algunos de los artículos de la Ley de Salud Mental Nacional: En primer lugar, el artículo 1 asegurando el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. En segundo lugar el artículo 7 el cual el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades, entre otros. En tercer y último lugar el artículo 8 en donde debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

En el marco de las políticas de salud mental, no sólo se trata de llevar adelante una proceso de desmanicomialización sino que también implica desarrollar un sistema integral,

que pueda hacerse cargo de la atención de todo un espectro de padecimientos mentales (adicciones, violencia de género y familiar y todo padecimiento subjetivo), asociados a las condiciones de existencia del sujeto y los determinantes sociales que lo atraviesan.

Tanto la ley de Salud Mental Provincial como la Nacional comparten el criterio interdisciplinario e intersectorial de la salud mental, y el conjunto de dispositivos sustitutivos, previstos para llevar adelante un proceso de desmanicomialización progresiva.

3. MARCO INSTITUCIONAL:

3.1 BREVE HISTORIA DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL

Frente a la amplia variedad de instituciones que se ofrecieron desde la Universidad Católica de Córdoba (UCC) en la materia Práctica Pre Profesional Supervisada, se ha elegido como institución para finalizar la formación de grado, el Centro Integral Infanto Juvenil (Hospital San Roque viejo) situado en Rosario de Santa Fe 374 de la Ciudad de Córdoba Capital perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Fundado formalmente en el 2007 pero su funcionamiento comienza en el año 2006.

En palabras de la Lic. C “El centro surgió por la necesidad de crear un centro ambulatorio para niños y adolescentes. El mismo finalmente solo se enfocó en niños ya que quienes se encargaban de los adolescentes era Casa del Joven y es por eso que nosotros tomamos casos hasta los 13 años, porque de los 14 años en adelante le corresponde a Casa del Joven. Junto con otros colegas instructores y residentes que habíamos terminado la Residencia, formamos parte del inicio del Centro, ya que también el Hospital de Niños por una decisión institucional y por falta de recursos económicos y profesionales no contaba con atención ambulatoria en el mismo. Nosotros comenzamos a trabajar en diciembre del 2006, nos acomodamos acá en el San Roque Viejo, esto ni siquiera estaba acondicionado, usábamos solo dos consultorios que había. Pero más o menos en abril del 2007 el gobierno nos reconoce e inaugura el Centro Integral Infanto Juvenil, y allí es donde esto se comienza a acondicionar, porque pintaron la sala de espera, es decir refaccionaron el lugar” (Comunicación personal Registro N°9 14 de junio)

Se define al mismo como un Centro Interdisciplinario de Atención Integral y formación en salud mental del niño/a y su familia desde una perspectiva de derecho, priorizando la singularidad de cada niño y su contexto a fin de favorecer su desarrollo psicosocial.

La aplicación de una atención integral permitirá no solo mejorar la calidad de los servicios, sino también generar un mayor protagonismo y participación sobre las decisiones y acciones que afecten su salud en el marco del enfoque de promoción de la salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, familia y la comunidad. Para ello se

requiere equipos de trabajo multidisciplinarios, con acciones interdisciplinarias, mediante un proceso continuo de la atención.

3.2 OBJETIVO GENERAL Y LINEAMIENTOS DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL

Presenta como objetivo general el poder propiciar dispositivos de atención en Salud Mental infanto-juvenil que posibiliten el abordaje integral interdisciplinario e intersectorial de diferentes problemáticas en salud mental de niños, niñas y púberes que lo ameriten del área de referencia sur de la Provincia de Córdoba, desde un enfoque de derecho.

Siendo sus principales lineamientos:

Respeto por la autonomía y singularidad del niño y su familia, enfoque biopsicosocial y territorial desde el paradigma de la complejidad, trabajo en red -Articulación intersectorial e interinstitucional y el respeto por la normativa vigente Ley de Salud Mental- protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.

De manera específica se apunta a:

- Implementar y sostener dispositivos de atención en salud mental Infanto juvenil para niños y su familia
- Articular con efectores de primer, segundo y tercer nivel de atención de salud mental de la provincia de Córdoba para acordar modalidades de intervención de los distintos centros de salud a los fines de facilitar la accesibilidad de atención en salud mental infanto juvenil a la población que lo requiera
- Articular acciones con instituciones públicas y privadas del sector salud, educación, justicia, Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) , a fin de mejorar la integralidad y efectividad de la atención de las diversas problemáticas en salud mental infanto juvenil teniendo en cuenta la complejidad de las situaciones abordadas
- Fortalecer los espacios de capacitación de pre y posgrado e investigación en salud mental infanto juvenil desde una perspectiva de derecho acorde al contexto

socioeconómico actual y cultural que posibiliten mejorar la atención en salud mental infante juvenil

- Participar en los distintos espacios de debate y construcción de políticas públicas en relación a la salud- salud mental y derechos de la infancia.

El CIIJ trabaja con niños entre los 0 y 13 años para generar un fortalecimiento de vínculos saludables con su entorno desde una perspectiva de sujetos de derecho a través de dispositivos de atención en salud mental.

Por ser una institución del segundo nivel de atención, se priorizan los dispositivos de abordajes asistenciales. Su propuesta es trabajar desde el paradigma de salud teniendo en cuenta los determinantes que atraviesan las distintas situaciones y vicisitudes del ser humano en salud mental con abordajes integrales, interdisciplinarios e intersectoriales.

En el CIIJ se trabaja en su mayoría con casos que son derivados por escuelas primarias y secundarias, dirección de regímenes especiales, centros de salud de capital e interior de 1, 2 y 3° nivel de complejidad, SENAF, Polo de la mujer, Delitos contra la integridad, Discapacidad, Defensoría de Derechos del niño, atención al ciudadano, Poder Judicial etc., siendo escasamente significativa la demanda espontánea. Debido a la situación social, económica y política que atravesó el Centro debieron realizarse modificaciones en cuanto a las actividades que se estaban realizando anteriormente en la institución, esto es, que por el momento ya no se realizaban entrevistas de admisión, ni tampoco se tomaban casos nuevos solo algunos que requieran de atención inmediata.

Cuando se hablaba de la situación del Centro se hacía referencia y en palabras de profesionales, a una escasez de recursos humanos, esto es por ejemplo, falta de un psiquiatra infantil que pueda actuar en casos que así requiera su intervención, recorte de profesionales, escasez de materiales de trabajo.

3.3 EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO INTEGRAL INFANTE JUVENIL

Teniendo en cuenta su organización interna se podrá decir que el personal de planta, está compuesto actualmente por: cuatro psicólogas, una psicopedagoga, una psicomotricista,

una psiquiatra monotributista (que ingreso actualmente ya que no contaban con la misma), una trabajadora social y dos secretarias administrativas. Es decir que hubo una gran modificación del equipo de salud, ya que hoy en día el equipo no llega a los diez profesionales y se observa una gran diferencia del mismo en relación al año pasado.

3.4 MODALIDAD DE TRABAJO DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL

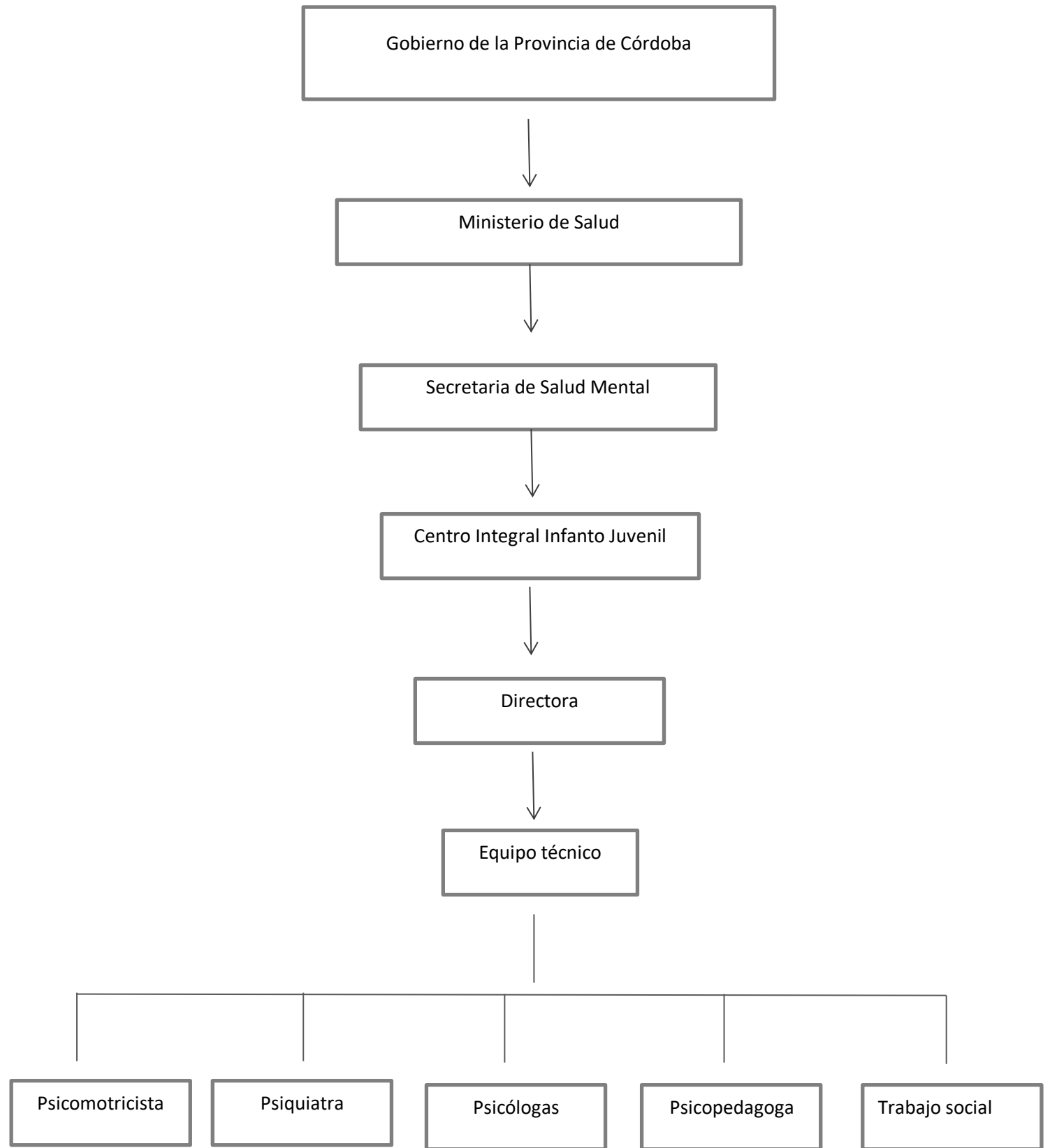
En relación a la modalidad de trabajo en la actualidad, el CIIJ inicia su horario de trabajo a las 7:30 hs y culmina alrededor de las 18:00 hs. El mismo cuenta con cinco ambientes en los cuales se realizan grupos y talleres tanto para niños, jóvenes, como para padres, así como también seguimientos terapéuticos. Como se ha mencionado anteriormente se han dejado de realizar en estos meses entrevistas de admisión, debido a la situación que estuvo atravesando el Centro, se había dado una gran modificación del equipo de asistencia, afectando no solo a la institución sino también a los usuarios generando inconvenientes a la hora de receptar pacientes ya que no habían turnos disponibles por falta de profesionales. Por el otro lado la institución se vio intervenida por medio del servicio de mantenimiento edilicio (refacción y pintura de paredes) generando una dilatación de las actividades institucionales.

A su vez una vez por semana, se llevaban a cabo las reuniones de Revista de casos, a modo de propiciar la reflexión de cada caso en particular, y elaborar estrategias de abordaje interdisciplinarias e intersectoriales, de aquellas situaciones cuya complejidad excediera las posibilidades de resolución de los equipos referenciales.

La “revista de casos” posibilitaba el conocimiento por parte de todo el equipo de las distintas situaciones que ingresaban y/o solicitaban atención en el Centro, definir estrategias de abordaje y profesionales a cargo de cada paciente y su grupo familiar, favoreciendo el abordaje interdisciplinario. De dicho dispositivo participaban profesionales de planta, residentes y pasantes.

Dicha institución cuenta con antecedentes de trabajos realizados tanto de estudiantes de la carrera de Psicología de la UCC, pasantes de la UNC y residentes de la RISAMIJ.

3.5 ORGANIGRAMA SECRETARIA DE SALUD MENTAL



Se encuentra bajo la dependencia de las autoridades que conforman la Secretaría de Salud Mental, contenida en el Ministerio de salud de la Provincia de Córdoba: el Secretario de Salud Mental Dr. Emilio Filipponi, seguido de la Directora General de Gestión Sanitaria Lic. María Pía Guidetti, de la cual depende la Coordinadora de instituciones y dispositivos monovalentes intermedios Lic. Cristian Rosicler Monestes, seguido de la Directora del Centro Integral Infanto Juvenil Lic. Martha Moreno. Snopek (2019)

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN:

“Los Dispositivos Grupales como espacios de promoción y prevención de la salud en familias que asisten a un Centro de Atención Integral Infanto Juvenil. ”

5. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo general:

-Analizar los Dispositivos Grupales como espacios de promoción y prevención de la salud en familias que asisten a un Centro de Atención Integral Infanto Juvenil.

5.2 Objetivos específicos:

- Describir los dispositivos grupales con familias, púberes y niños que se desarrollan en el Centro Integral Infanto Juvenil en el año 2019.
- Identificar las intervenciones tendientes a la promoción y prevención de la salud para el sostén de las familias, púberes y niños.
- Indagar los determinantes del proceso salud – enfermedad que impactan en las familias, púberes y niños que asisten a los dispositivos grupales.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA:

6.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y SU MARCO LEGAL

Citando a Oblitas (2006) la psicología de la salud se define como:

La disciplina o el campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. (p.222)

Dentro del ámbito hospitalario el psicólogo sanitario es quien realiza investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud.

La actividad del psicólogo se enmarca dentro de la ley de Salud Mental Nacional reconociendo a la salud mental como un proceso que está determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Ley 26.657, 2010).

Dicha ley se sitúa en el ejercicio de nuestra profesión, y es por ello que parece relevante destacar el concepto de Salud Mental que se comprende en la ley. Haciendo alusión a una mirada multidimensional y no reduccionista del concepto.

Hoy en día la aplicación de la misma se encuentra en una encrucijada, pese a esto es importante que se pueda apelar a la promoción de la salud mental llevando a cabo acciones que generen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.

A sí mismo, la Ley Nacional 26.061 sancionada en el año 2005 y la Ley Provincial 9.944 sancionada en el año 2011, tienen por objeto la Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Destacando el artículo N°3, debiéndose respetar la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidas en esta ley, ya sea: su condición de sujeto de derecho; a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.

Así como también el artículo N°4 hace alusión a las políticas públicas de la niñez y adolescencia, teniendo en cuenta una de las siguientes pautas: fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las NNyA.

En la actualidad, en Argentina, se encuentra un sistema sanitario con falencias ya que no se cuentan con los recursos necesarios, como recursos humanos, recursos materiales y disponibilidad de turnos. La población de escasos recursos que no cuenta con los beneficios de la seguridad social es la que se ve más afectada, recurriendo a la red de hospitales y centros de salud públicos en los cuales se brinda atención gratuita.

En palabras de Bustos (2010):

En la Argentina el sistema sanitario está en crisis desde hace muchos años. Esto plantea el desafío y la necesidad de encontrar dispositivos concretos que favorezcan las prácticas de Promoción de Salud, como contribución para lograr una vida saludable, mientras se resuelven los problemas crónicos del Sistema Público de Salud. (p.245)

6.2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

Citando a Morales Calatayud (1999) en la "Carta de Ottawa", la promoción de la salud:

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser

capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana [...] Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud. (p.143)

Por su parte teniendo en cuenta a la prevención de la salud y siguiendo los planteos de Calle Dávila (2011) la acción preventiva comprende no sólo las medidas destinadas a impedir la aparición de la enfermedad o una lesión, sino también a detener su avance o atenuar sus consecuencias, una vez establecida. Según esta dimensión temporal, la prevención puede ser primaria, secundaria o terciaria. La prevención primaria evita que el daño aparezca, la prevención secundaria disminuye el daño e impide que se repitan sus consecuencias una vez producido el daño, y la prevención terciaria procura la rehabilitación del daño ya causado. A su vez Moise (2012) el concepto de prevención ha evolucionado a partir del pensamiento psicológico, y desde este enfoque se intenta abordar la salud mental de manera integral, tomando en cuenta los distintos determinantes: biológicos, psicológicos individuales, familiar, e institucionales, cuyos impactos posteriormente darán efectos en la esfera comunitaria.

6.3 NOCIONES RESPECTO AL GRUPO

Las personas asisten al hospital, demandando alivio para su sufrimiento (que no necesariamente implica un diagnóstico psiquiátrico o psicológico), sus tristezas, sus miedos, generan entonces la necesidad de pensar estrategias sanitarias, que permitan aliviar el malestar y habilitar espacios para interrogarse como sujetos y a la vez interpelar lo social, como fuente de malestar, como generador de crisis; cuando esta demanda supera el trabajo desde lo individual, el grupo se presenta como un dispositivo favorable ya que el mismo permite abordar y abarcar problemáticas entre varios; pero esto no se vincula solo con lo numérico, sino también con un conocimiento previo (un supuesto) que el acontecer en el grupo permite abordar mejor estas problemáticas.

El hecho de agrupar no hace alusión a un simple conjunto de personas aglutinadas en un espacio, sino que los dispositivos grupales permiten a los integrantes de un grupo desarrollar una expresión y una escucha que de otro modo no tendrían. Es el medio para decir y atender lo dicho por otros en un espacio específico. Cada dispositivo grupal indaga una especificidad acorde al momento que se está diciendo, escuchando, expresando. Al hacer la interacción específica entre los sujetos, hace posible también el establecimiento de vínculos y relaciones significativas. De igual modo posibilita procesos de subjetivación.

El dispositivo grupal responde a criterios específicos de organización. Comprende criterios de operación para abordar una tarea de manera particular. Es un encuadre mediante el cual se ejerce la escucha y la expresión con libertad e independencia. Frecuentemente, estos espacios también sirven para que los sujetos puedan expresar y decir más de lo que sienten a través de palabras, gestos, producciones que en otro contexto esto se vería imposibilitado.

Son los dispositivos grupales los que generan, el lugar y tiempo para que las personas que asisten puedan desplegar no solo sus incertidumbres, sino también cuestiones que pueden originar un impacto en el otro y en uno mismo, dando lugar a la transformación. En palabras de Cueto y Fernández (1986) el dispositivo grupal, que contiene un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común, crea las condiciones de posibilidad para que un agrupamiento se constituya en un grupo.

Así también lo planteado por Torras (2002) en el grupo se crean las condiciones necesarias para ofrecer un espacio de interacciones, expresión personal, asociaciones de ideas, observación, escucha, posibilidad de empatía, interpretaciones, compartido por todos los miembros, en el que el terapeuta tiene el rol diferenciado de coordinador - conductor. Así, especialmente en los momentos integrativos, lo que un miembro dice o hace es una aportación a los otros, un estímulo, una oferta de ideas, pensamiento, experiencia, apoyo y decisión para participar: cuando uno se atreve a expresar algo personal facilita que los otros también se atrevan. El intercambio fomenta la capacidad de observar, los cuestionamientos, los procesos de elaboración, en definitiva las funciones que ayudan a madurar y a desarrollar “experiencia”. Las asociaciones de ideas compartidas y grupales, la forma como se van relacionando los datos, ayuda a llegar a nuevas síntesis y a desarrollar comprensión de las dinámicas grupales e individuales.

Ante las sucesivas crisis sociales que vive la Argentina se ponen en juego diversas tácticas para llevar a cabo el abordaje psicológico como los dispositivos grupales. Así han aparecido en los últimos años toda una serie de dispositivos grupales, que intentan dar cabida al malestar de los sujetos. En palabras de Bustos (2010) "los dispositivos grupales han cobrado auge en los últimos años dentro del hospital público y han enriquecido las prácticas destinadas a la promoción de salud" (p.246)

Si se indaga en la etimología de la palabra grupo tomando a del Cueto y Fernández (1985), decimos que el término proviene del italiano Groppo o Gruppo cuyo sentido fue, en un primer momento "nudo" y sólo más tarde va a hacer alusión a conjunto -reunión.

Un grupo estará siempre sobre determinado por las instituciones, y lo allí acontecido está estrechamente relacionado con el tejido social de la sociedad en la que se encuentra. Lo institucional atraviesa al grupo, a través de sus normas de funcionamiento y la coordinación; incluso las teorías y técnicas a las que el coordinador adhiere son indicadores del sistema simbólico institucional. El dejar por fuera esta dimensión de la lectura grupal, siendo que el contexto es texto grupal, fundante de cada grupo, produciría invisibilización de una dimensión siempre latente. Fernández (2008).

Dentro de un grupo se encuentran diversos estilos de intervención por parte del coordinador ya sea, directivo, de señalamiento, de corte, entre otros. Esto puede generar un gran impacto en el dispositivo cambiando el rumbo del mismo e incluso generando incertidumbre por parte de los participantes. En relación a lo expuesto Fernández (2008) propone que la coordinación podrá ocupar varios lugares de poder y los mismos variarán según la forma de coordinación que se adopte. En un posible lugar el coordinador será quien puntúa sentidos, interroga rarezas, resalta paradojas, indica insistencias. Asumiendo un cierto lugar de la ignorancia, no poseedor de certezas, sino de provocador-disparador, no propietario de las producciones grupales, buscando sobre todo un lugar de ser quien facilita la capacidad singular colectiva.

Las intervenciones que se llevan a cabo en los Dispositivos Grupales tienen un objetivo en sí, que enmarcan la práctica.

Los dispositivos grupales pueden ser paralelos como por ejemplo de padres e hijos. En este sentido y tomando lo expuesto por Toranzo et al (2013) los grupos paralelos ofrecen una amplia diversidad de imágenes que permiten trascender la estructura individual y/o

familiar cerrada en sí misma. Brinda un modelo exogámico donde cada integrante del grupo puede proveer nuevos aportes, y modelos vinculares que transforman las estructuras personales, estimulan la integración de nuevos puntos de vista y, -en la medida que se toleren las diferencias-, promueve la elaboración de identificaciones primitivas, que tallan la transmisión transgeneracional. A nuestro entender, una de las fortalezas de las características exogámicas de este diseño terapéutico es el modo en que se cuida la relación asimétrica entre padres e hijos, al proveer dos espacios diferenciados (el grupo de padres y el grupo de hijos) y simultáneamente complementarios. De este modo, los estados regresivos y necesidades de dependencia infantil de los padres pueden ser estimulados, contenidos y trabajados sin interferir en la imagen de fortaleza que necesitan tener los hijos para poder crecer.

Es importante destacar que existen diversas modalidades de grupo para llevar a cabo un tratamiento. Algunos de ellos son:

6.3.1 Grupo de autoayuda:

La primera referencia que se tiene de los grupos de autoayuda data en 1905, en el Hospital General de Massachusetts, ubicado Boston, Estados Unidos. Su creador, J. H. Pratt, los llamó Grupos didácticos. Su objetivo era informar detalladamente a los pacientes tuberculosos sobre la mejor manera de lidiar con su enfermedad. Posteriormente apareció el grupo denominado "Alcohólicos anónimos"

Se dice que son un sistema de apoyo para sus integrantes. Contribuyen a que sus miembros enfrenten las situaciones difíciles, estresantes o de enfermedad. Dan lugar a comunidades unidas por el mismo sufrimiento o problemática y el mismo deseo de apoyar y ser apoyados. Algunos de los principios básicos son: reciprocidad, todos los miembros comparten una experiencia en común, cada integrante tiene un propósito de cambio y está dispuesto a apoyar a otros para que también lo hagan, el grupo ejerce control social sobre sus integrantes para facilitar y promover el cambio.

Es decir, lo que se pretende con los grupos de autoayuda es construir un espacio que acoja, motive y retroalimente a quienes desean superar una dificultad. Sanchez (2018).

6.3.2 Grupo de reflexión

Esta técnica comenzó a utilizarse en los años 60, por Marcos Bernard, F. Ulhoa, Dellarossa, Ferschtut y otros psicoanalistas argentinos. Al principio la meta ha sido ayudar a la elaboración de las tensiones generadas dentro de una determinada institución de Salud; siendo, posteriormente, implantada en el Instituto de Técnicas Grupales de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

La meta principal del grupo de reflexión es el conocimiento que se puede adquirir en la vivencia grupal. El hecho de que no exista un tema prefijado deja un espacio poco definido, lo que facilita las proyecciones y la construcción del tema por los propios participantes. Izaurieta, B. Fernandes y Fernandes (2005).

Algunas intervenciones de los coordinadores tratan de esclarecer o explicitar situaciones conflictivas. Otras están dirigidas a mostrar, partiendo de lo planteado por los miembros del grupo, diferentes repertorios de respuestas posibles frente a un mismo problema. Se ayuda a descubrir de qué manera se articulan las representaciones sociales con las vivencias subjetivas. Edelman y Kordon (2011)

6.3.3 Grupo terapéutico

Para Puget, Bernard, Games Chaves y Romano (1982), el grupo terapéutico es un medio creado artificialmente sobre la base de encuentros pautados en el que varias personas interaccionan, se comunican y comparten normas. En su campo observacional se articulan pautas individuales y socioculturales. Despierta ansiedades básicas grupales (caos y masificación) con sus correspondientes defensas. La tarea en los grupos terapéuticos es el estudio de las modificaciones en su estructura debidas a la intervención de los procesos inconscientes de cada uno de los miembros.

Es decir, que puede por ejemplo, incidir especial y particularmente en el ámbito afectivo, emocional de los participantes, permitiendo una re-elaboración de los conflictos que son hasta ese momento parte de su ser, de su subjetividad, dando lugar a una puesta en escena

en el grupo y por supuesto generando una resonancia en los demás participantes, con la cual pueden llegar a sentirse identificados.

Las intervenciones del terapeuta tienen que tener en cuenta siempre, que el grupo terapéutico es un dispositivo dirigido a promover modificaciones en cada una de las personas que lo integran y que han concurrido a ese grupo con la decisión de hacer un tratamiento psicoterapéutico a raíz de dificultades en su vida y en sus vínculos que les producen sufrimiento. Edelman y Kordon (2011)

Siguiendo a los autores mencionados anteriormente, plantean que el grupo presenta un doble aspecto. Por un lado constituye un espacio de posibilidades progresivas para los individuos que la componen, y para el grupo mismo en cuanto al proyecto o tarea que se propone y por el otro lado, al mismo tiempo favorece la aparición de fenómenos regresivos en los que se reactivan deseos, angustias y mecanismos defensivos primarios.

Por su parte Fernandez Miró (2018) nos plantea que en los grupos terapéuticos de niños, el juego, la conversación y el dibujo son los medios más usados y, a la vez, los hilos conductores de las sesiones. La actividad de juego no es un fin lúdico sino un medio para conseguir otros niveles de verbalización más integrados en el psiquismo.

Así también Ferrari Riganti y Fontao (2008) sobre el dispositivo grupal terapéutico de niños, nos dicen que el mismo tiene por finalidad crear el espacio físico y psíquico para el despliegue de la singularidad de cada uno a través del encuentro con otros niños. La expresión del accionar en sus juegos permite la exploración de la conducta y el otorgamiento de significado. El grupo adquiere lugar de apoyo y sostén, dándole un lugar de reconocimiento y permitiendo el desarrollo de un mundo propio, allí se habla y se juega, pero no de cualquier manera. Comprendemos la actividad lúdica en dos vertientes: como intento de elaboración y como expresión de la potencialidad creadora.

6.3.4 Grupo operativo

El grupo operativo fue iniciado y creado por Enrique Pichon Riviere. Definido como un conjunto de personas con un objetivo en común, que intentan abordar operando en las dificultades del equipo de trabajo.

Hay muchas concepciones sobre lo que es un grupo operativo. Pero se podría decir que es la actividad relacionada a un grupo de personas que necesitan entrenamiento para trabajar como equipo. En el grupo operativo la actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas, en las dificultades de aprendizaje y de comunicación, debidas a las ansiedades despertadas por el cambio (ansiedad depresiva, por pérdida del esquema anterior y, ansiedad persecutoria, por la amenaza de lo nuevo, de lo desconocido). En el grupo operativo coinciden el esclarecimiento, el aprendizaje y la resolución de la tarea (al resolverse las situaciones ansiógenas), y tiene, como tarea prioritaria, la elaboración de un esquema referencial común. Izaurrieta, B. Fernandes y Fernandes (2005)

En palabras de Edelman y Kordon (2011) son concebidos como un instrumento de cambio, articulando el campo del pensamiento y lo vivencial. La tarea grupal es definida como aprender a pensar en términos de resolución de ansiedades – miedo al cambio y miedo a la pérdida – que obstaculizan el proceso de aprendizaje o cualquier proceso que el grupo aborde.

6.3.5 Taller de aprendizaje.

Tomando lo planteado por Campos Barakaldo (2015) el término taller de aprendizaje, es un proceso planificado y estructurado de aprendizaje, que implica a los participantes del grupo y que tiene una finalidad concreta. Ofrece siempre la posibilidad, cuando no exige, que los participantes contribuyan activamente.

A la hora de planificar un taller para poder llevarlo a cabo, es importante generar elecciones conscientes. La realidad impone la selección del tema o de la pregunta para el taller. Se necesita un guion para dar con la estructura apropiada y un programa que ordene el conjunto de actividades que se incluyan. Hay que considerar la forma más apropiada para tratar el contenido y el modo de implicar a los participantes y de gestionar el proceso. También conviene tener atadas las cuestiones prácticas (espacios, mobiliario, herramientas informáticas, paneles.)

Uno de los principios que encontramos en esta modalidad, tiene que ver con lo impredecible, esto quiere decir que a pesar de una rigurosa planificación, nunca se sabe lo que va a suceder hasta que empieza la interacción con los participantes. Hay que ser abiertos y

flexibles, dando la posibilidad de desviarse un tanto del camino previsto, sin perder de vista la finalidad del taller. O quizá se necesitaría tener siempre un segundo plan.

Por último, la receta básica para que un taller se resuelva con éxito, contiene algunos ingredientes esenciales: en primer lugar, toda actividad debe ir acompañada de reflexión, porque es la reflexión la que activa los aprendizajes. Una actividad como una presentación, un ejercicio, un juego de roles, pueden no generar aprendizaje por ellos mismos. Este se produce en la reflexión, cuando se ponen palabras a los sentimientos, experiencias y entendimientos. De modo que toda actividad debe ir acompañada de reflexión y de un resumen de lo que se ha aprendido. Y en segundo lugar, la variedad genera dinamismo e implicación. Un taller exitoso es un proceso vivo y dinámico, que atrae la atención de los participantes y les implica de modo activo. Por ello, la variedad tiene que ser buscada en la planificación: exposiciones breves, actividad física, elaboración de productos, discusiones, presentación del trabajo realizado.

6.4 CONTEXTO FAMILIAR

Es importante tener en cuenta que los Dispositivos Grupales que se llevaron a cabo en el CIJ trabajan no solo con los niños y púberes sino también con la familia.

El fortalecimiento de la familia como ámbito natural de cumplimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, aplicándose el concepto “familia ampliada”, es decir, el de todo ámbito familiar por consanguinidad, por afinidad o de otros miembros de la familia ampliada o de la comunidad, o ámbitos familiares considerados como de convivencia alternativa. (Ley Provincial 9.944, 2011)

La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos. (Ley Nacional 26.061, 2005).

Además, Macías et. al (2013) plantea que:

La familia es entendida como un sistema constituido por un grupo de personas entrelazadas, cuyo vínculo se basa en las relaciones de parentesco fundadas por

los lazos biológicos y/o afectivos, con funciones específicas para cada uno de sus miembros, una estructura jerárquica, normas y reglas definidas, en función del sistema social del que hacen parte y sin cuyas orientaciones el sistema familiar mismo no podrá funcionar. (p.7)

Parece importante destacar de lo mencionado anteriormente aquello que hace referencia al grupo de personas entrelazadas con un vínculo biológico y/o afectivo. En este sentido cabe destacar, que hoy en día nos encontramos con una gran diversidad de familias. Ya no solo encontramos la familia tradicional o nuclear compuesta por los progenitores e hijos, sino que también existen otro tipo de configuraciones familiares como familia monoparental, familia homoparental, familia ensamblada, familia de acogimiento, entre otras. En este sentido Fornós Bareras (2001) plantea que no solo defiende a la familia clásica como única institución válida para la crianza de los hijos, pero sí defiende el rol que deben desarrollar los adultos que tengan a su cargo niños y adolescentes. Este rol debe ser contenedor, organizador y protector de la vida de los niños y adolescentes, todo ello acompañado del afecto necesario.

La institución familiar es considerada como el sistema relacional primario donde tienen lugar los procesos de individuación, crecimiento y cambio del individuo. Es un sistema abierto, propositivo y autorregulado, una unidad formada por miembros que interactúan entre sí, existiendo entre los mismos determinados vínculos y manteniendo transacciones que repercuten en el resto del sistema. Es así, que las decisiones que se tomen en el grupo influyen en cada miembro de la familia (Jiménez Arrieta, Macías, y Amarís, 2012).

Por su parte, Gómez Cobos (2008) plantea que:

La familia es considerada como núcleo desencadenante de conductas de riesgo, si el adolescente la percibe como un ambiente hostil busca un grupo que le brinde seguridad, pero al carecer de una referencia fiable de sus propios atributos, presenta un proceso de desadaptación provocándole el rechazo de otros. Esto deriva en la exposición a factores de riesgo como el consumo de drogas, la promiscuidad y conductas violentas como recursos de afrontamiento. Por otra parte, los factores ambientales como la pobreza, el racismo, la ausencia de padres, relaciones carentes de afectividad y esquemas morales constituyen aspectos que día a día hacen que la humanidad se enfrente a

diferentes factores de riesgo. Si vivimos en una época en la que no hay modelos estables, en la que los adolescentes están percibiendo por medio de vínculos violentos y carentes de afecto hemos de entender que las respuestas peligrosas de los adolescentes y su vulnerabilidad es consecuencia de lo que cree y transmite la sociedad. (p.110)

Las vinculaciones familiares son de vital importancia, ya que las mismas nos permiten ir entramando una red de significaciones entre los hijos y sus padres. Giberti (2007) plantea que la dinámica que se establece vincularmente introduce un proceso de comprensión entre ambas partes: las conductas de las otras personas, sus palabras, sus discursos no necesariamente significaran para nosotros lo mismo que para quien las emite y viceversa. Así también, Hernández, Valladares, Rodríguez y Selin (2017) afirman que es importante que se tome conciencia sobre el valor socializador de la familia, que se construyan vínculos positivos entre padres e hijos ya que es en la familia donde se adquieren las primeras pautas de relación social, es decir que haya una cohesión familiar que se refleje por medio de lazos emocionales fuertes, apoyo mutuo, realización de actividades en conjunto y afecto recíproco.

Como bien se sabe, los seres humanos somos sujetos de vínculo y redes, lo que nos permite interactuar y relacionarnos con el mundo. En este sentido Dabas y Perrone (1999) plantean que:

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. (p.5)

6.5 EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA.

Las familias con las que se trabajó en el dispositivo grupal "Grupo terapéutico paralelo de padres y púberes" tienen un denominador en común, que sus hijos están atravesando el periodo o etapa conocido como "pre adolescencia" "adolescencia temprana". Citando a Quiroga (1998):

La adolescencia puede ser definida desde distintos puntos de vista, según desde donde se proponga su abordaje, ya que este momento del ciclo vital comienza siendo un hecho biológico (crecimiento del cuerpo y comienzo del funcionamiento de las hormonas sexuales) pero, a su vez está inmerso en un proceso psicosocial que varía según las culturas y los momentos históricos. En nuestra cultura, dura aproximadamente 20 años. El proceso adolescente es esencialmente un proceso de cambio y, por tal razón de transición. Tanto para el adolescente como para la familia, es el momento de la vida en que se presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en cualquier otro periodo anterior de su vida. (p.15)

Es difícil establecer límites cronológicos para este período, es por ello que siguiendo la línea de la misma autora, se puede decir que la adolescencia temprana abarca desde los 10 a los 14 años.

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia. Por lo que los conflictos con la familia, y otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad. Pineda Pérez y Aliño Santiago (1999)

En fin se dirá que se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. Por su parte Aguila Calero, Diaz Quiñones y Díaz Martínez (2017) dirán que:

Es la etapa de la vida en la que el individuo comienza sus aspiraciones y se esfuerza por saber quién es y quién quiere ser, en la que quiere conocerse a sí mismo y proyectar y elaborar los ideales de vida para el futuro. En esta etapa se replantean tanto el individuo como su relación con la sociedad, considerándose la búsqueda de nuevas metas y objetivos, que le permitan realizarse como individuo único. (p.695)

En alusión a lo expuesto anteriormente y tomando a Torras (2002) el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. El grupo de adolescentes tiene función de puente, de trayecto, de objeto transicional –en el sentido de Winnicott – entre la infancia y la autonomía, entre la dependencia infantil y la dependencia adulta y entre la identidad de la familia y la propia identidad. El grupo constructivo facilita esta trayectoria, ofreciendo de momento un refugio en el que el adolescente se cobija, y un apoyo para conseguir progresivamente su diferenciación como individuo autónomo capaz de determinar sus elecciones como adulto. Así también como plantea Rother Hornstein (2006) el grupo de pares es una matriz identificatoria por excelencia, es un marco intersubjetivo el cual sostiene y co-construye subjetividades. Funciona como contención y aceptación de los acontecimientos que generan angustia, lo que le resulta inexplicable y/o traumático al adolescente, son experiencias compartidas por esos otros significativos.

6.6 EL PERIODO DE LA NIÑEZ

El “Dispositivo Grupal de Niños” se caracterizó por niños y niñas que transitan la niñez. La definición de niñez fue cambiando a lo largo del tiempo.

Por su parte Rice (1997) plantea que la niñez intermedia va desde los 6 años a los 11 años aproximadamente. Durante este período los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, la escritura y la aritmética, así como para comprender su mundo y para pensar de manera lógica. El logro académico adquiere una importancia vital, lo mismo que un ajuste exitoso con los padres. Tanto el desarrollo psicosocial como el moral proceden a tener una mayor importancia, y la calidad de las relaciones familiares siguen ejerciendo una gran influencia sobre el ajuste emocional y social.

Es menester destacar que en el periodo de la niñez cobra relevancia el juego, el cual permite el desarrollo integral del niño. Es por ello que López Chamorro (2010) dice que:

El juego es un camino natural y universal para que la persona se desarrolle y pueda integrarse en la sociedad. En concreto el desarrollo infantil está directa y plenamente vinculado con el juego ya que; además de ser una actividad natural y espontánea a la que el niño le dedica todo el tiempo posible, a través de él, el niño desarrolla su personalidad y habilidades sociales, estimula el desarrollo de sus capacidades intelectuales y psicomotoras y, en general, proporciona al niño experiencias que le enseñan a vivir en sociedad, a conocer sus posibilidades y limitaciones, a crecer y madurar. (p.24)

El juego además, le permite al niño crear y recrear situaciones de la vida diaria, en donde debe enfrentarse y aprender cuales son las respuestas más favorecedoras para su crecimiento y aprendizaje. El juego estimula el deseo y el deseo es indispensable para el aprendizaje, si no hay deseo no hay aprendizaje, es por ello que para satisfacer el deseo el niño se manifiesta curioso, inquieto, pregunta, se mueve, etc. Es así que Agullo Casul (2001) plantea que cuando el niño no aprende, se puede pensar que algo en su interior está obstaculizando el aprendizaje, o que no está siguiendo una estructuración del pensamiento válida que le permita aprender. En esta situación el niño realiza experiencias frustrantes de las que no aprende, está hiperactivo, descarga la tensión pero no introyecta el saber.

6.7 LOS DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Es importante mencionar que tanto en la niñez como en la adolescencia, se utilizan los diagnósticos para poder llevar a cabo el tratamiento. Ya que los mismos ayudan a generar hipótesis de trabajo más adecuadas para llevar a cabo un tratamiento más eficaz para el niño y el púber como así también las sugerencias que el terapeuta realiza dentro del entorno en donde vive. Pero en otros casos su aplicación se ve, distorsionada y más aun etiquetando, cosificando y rotulando la niñez y la adolescencia.

Camacho (2006) plantea que los diagnósticos son construcciones que permiten caracterizar ciertas problemáticas humanas, y se realizan mediante la observación, la

recolección y el análisis de ciertos datos. Es de suma importancia destacar que los diagnósticos no son la realidad, son meras construcciones que tienen alguna utilidad. El autor expone que: “Los diagnósticos fácilmente son reificados, cosificados y tomados como verdades inamovibles, en cuanto esto ocurre, los mismos pierden su funcionalidad original y comienzan a tener otros usos cuestionables como la rotulación” (p.1).

Siguiendo al mismo autor, se dice que los diagnósticos en el área de la salud mental pueden tener fines negativos, algunos de ellos son: rotular a las personas tratándolas como patologías, cosificando, des-humanizando y des-subjetivando. Muchas veces estos rótulos funcionan como profecías auto cumplidas, encasillando a los sujetos en un lugar, tratándolos de una manera específica y esperando que la persona se atribuya un patrón de conducta en pos al diagnóstico. Otro aspecto negativo, es buscar explicar los hechos o situaciones mediante éstos. Esto hace que el diagnóstico obstaculice la posibilidad de pensar y reflexionar, ya que se justifica todo en función de éste.

Es en este sentido que Muniz (2013) plantea que en los últimos años se ha acrecentado de manera sustancial la preocupación por la tendencia a reducir situaciones de la vida cotidiana, propias del ser y de los procesos de crecimiento, a un lenguaje de patología de las conductas; donde todo aquello que no entra en los criterios de normalidad, se considera patológico, siendo las infancias y las adolescencias principales destinatarios de este fenómeno patologizador.

6.8 DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD.

En 1974 surge el modelo Lalonde o conocido como campo de la salud, en donde Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó el modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, que ha sido base para otros modelos.

Lalonde estableció la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública y definió un marco conceptual integral para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Propuso como factores condicionantes de la salud en la población un modelo de cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas campos de la salud que son la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud. Alfaro (2014)

Siguiendo la línea de dicho autor, los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

A sí mismo, Acevedo, Martinez y Utz (s/f) sostienen que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud. La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la vivienda pobre, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludables en la infancia y la falta de trabajo son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud entre países y dentro de un mismo país. Los determinantes sociales de la salud incluyen: el entorno social y económico; entorno físico; características personales y comportamientos individuales. Estos contextos de vida de las personas determinan en gran parte sus posibilidades de tener una buena salud.

Entre los principales factores que determinan la salud de las personas se postulan los siguientes:

En primer lugar se tiene en cuenta los ingresos económicos ya que diversas investigaciones han concluido en que mayores ingresos económicos se asocian a mejores indicadores de la salud de la población. En segundo lugar la educación, los bajos niveles de educación formal se relacionan con una salud más deteriorada, más estrés y baja autoconfianza. En tercer lugar el entorno físico, ya que, agua potable, aire limpio, lugares de trabajo saludable, casas seguras, comunidades y calles que contribuyan a tener una buena salud. Tener empleo permite estar más sano/a, especialmente en aquellos casos en que los/las trabajadores/as tienen control sobre sus condiciones de trabajo. Y por último, los servicios de salud, el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de atención médica, ya sea preventiva o curativa, influye también en estado de salud.

Ahora bien Ortega Bolaños y Baula Escobar (2012), los seres humanos estamos insertos en una sociedad que plantea vínculos desde lo económico, social, político, cultural, pero debemos reconocer que no todos los miembros de la sociedad pueden acceder en forma digna a todos los factores que involucran a la sociedad, persisten brechas importantes y

asignaturas pendientes, especialmente en lo relativo a su calidad. Los sujetos vulnerados son aquellos que más sufren estas brechas y asignaturas pendientes en relación a la calidad y a la prestación de los servicios, no solo en relación a los servicios de salud sino aquello que refiere a la vivienda, alimentación, educación ,es decir, todo aquello que posibilita una calidad de vida digna.

Históricamente, la vulnerabilidad social en salud tiene origen en la crisis del contrato social en las sociedades contemporáneas, que ha impedido a los grupos excluidos integrarse a las ventajas sociales gestionadas desde y hacia las estructuras de oportunidades: Estado, sociedad y mercado. El nivel de salud y el acceso a servicios de salud son los medios generadores de reconocimiento de derechos sociales y de equidad con mayor impacto positivo, tanto en las frágiles redes y lazos sociales como en los derechos políticos y sociales de los ciudadanos excluidos y vulnerados socialmente.

Siguiendo a Ortega Bolaños y Baula Escobar (2012) se propone entender la vulnerabilidad social en salud como:

La probabilidad de afectación individual y colectiva por un riesgo o condición de distinta naturaleza que determine su exclusión o marginación de la estructura social. Así, nuestra vulnerabilidad social en salud comprende la alteración en la capacidad de enfrentar el riesgo o condición social en los cuales viven y trabajan los grupos vulnerables. Dicha alteración genera unas dinámicas particulares, a las cuales deberían apuntar las distintas dimensiones de los sistemas de seguridad social en salud con el propósito de mitigar sus efectos y aumentar en las poblaciones afectadas las posibilidades de construcción de capital político en salud. (p.1039)

No solo se debe trabajar solamente en fortalecer los procesos de protección social de estos grupos vulnerables desde la estructura de oportunidades, ni de operar en las dimensiones de su vulnerabilidad a nivel individual y colectivo. Se trata de que se genere un conocimiento que vincule estos dos escenarios de trabajo y que permita formular orientaciones políticas enfocadas desde derechos fundamentales, que reconozcan las capacidades y libertades para una mejor equidad en calidad de vida y salud.

Cuando se habla de pobreza, se utiliza dicha denominación para denotar situaciones de carencia e insatisfacción de necesidades (materiales e inmateriales) en que viven individuos, hogares y grupos de población. En general ha tenido una impronta economicista, relacionando necesidades, recursos disponibles (principalmente ingresos) y nivel de vida observado. Las visiones y definiciones sobre el tema han variado a lo largo del tiempo y en distintos contextos; aunque siempre han hecho referencia a aspectos que tiene que ver con cuestiones cuantitativas y cualitativas del nivel de vida. Debajo de cierto umbral de este nivel de vida (social y políticamente definido) se presenta la pobreza. El nivel de vida puede ser considerado como un subconjunto de un concepto más amplio como es el desarrollo humano, que lo incluye pero lo desborda. Busso (2005)

La velocidad de los cambios en las reglas de juego del proceso de producción, distribución y consumo han puesto de relieve la necesidad de identificar procesos y mecanismos que generan y propagan situaciones de desventajas sociales.

Siguiendo al mismo autor, la exclusión social enfatiza en los procesos de debilitamiento y ruptura de los vínculos sociales que unen al individuo con la comunidad y la sociedad, dificultando o anulando la posibilidad del intercambio material y simbólico. El revés de la exclusión es la integración social, y la exclusión también puede ser entendida como un gradiente extremo del nivel de integración que genera un sistema socioeconómico. La debilidad en la capacidad de integración social resulta de los procesos de exclusión que genera el sistema social y también de ciertas características de los individuos excluidos; las políticas públicas tienen, en este contexto, el objetivo de compensar o modificar los factores que llevan a la exclusión, principalmente vinculados al mercado de trabajo.

Una de las manifestaciones de la exclusión, es el desempleo, aunque esta no sea la única dimensión en la que se ha utilizado el concepto. La inclusión social es la combinación de lo que generalmente se ha considerado como los tres pilares básicos de la integración social en el período del estado benefactor: vivienda, familia y trabajo. Las variables de población interactúan con estos tres pilares, y pueden contribuir a acentuar los procesos integración o de exclusión. La centralidad del trabajo en las sociedades modernas ubica a la exclusión del mercado de trabajo, como aspecto central en el diseño de las políticas públicas, ya que afecta gravemente los otros dos pilares de la integración social.

7. MODALIDAD DE TRABAJO:

La sistematización de la experiencia es obtenida a partir del análisis cualitativo de los registros obtenidos en la práctica de los dispositivos grupales “Grupo terapéutico paralelo de padres y púberes” y “Grupo Terapéutico de niños”. El primero de ellos compuesto por siete púberes (cinco varones y dos mujeres de 12 y 13 años), siete adultos y coordinado por un psicólogo y una psicóloga. Y el segundo compuesto por ocho niños (seis niños y dos niñas de 8 a 10 años), coordinado por una psicóloga y una psicopedagoga. Dicha sistematización es llevada a cabo en el año 2019 en una Institución Pública de la Ciudad de Córdoba denominada Centro Integral Infanto Juvenil.

Jara (2010) define la sistematización de experiencias como un “proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza en base a la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en la experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos” (p.1)

7.1 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Dicha sistematización tuvo como principal fuente de información los registros tomados personalmente durante el año 2019 en el Centro Integral Infanto Juvenil en las diversas actividades en las que se participó y que resultaron de vital importancia para la realización del trabajo integrador final.

Se tuvieron en cuenta aquellos registros de actividades en las cuales se pudieron plasmar los diferentes dispositivos grupales que se desarrollaron en el CIIJ, las intervenciones que dieron lugar a la promoción y prevención de la salud así como también los determinantes del proceso salud- enfermedad que impactaron en los púberes, niños y familias.

Los registros constituyen uno de los instrumentos que se utilizan durante la observación, es por ello que Yuni y Urbano (2014) los denominan “notas de campo” y plantean que contienen anotaciones de lo que es visto y oído durante la observación y a su vez abarcan comentarios reflexivos del observador respecto de la situación, por lo que, en los registros se detallan además de las conversaciones llevadas a cabo durante las actividades, reflexiones y comentarios personales, sobre lo acontecido en las diversas actividades, con el propósito de generar nuevos saberes y aprendizajes.

Siguiendo a dichos autores y en relación al rol de observador, es importante destacar que observar implica un acto total en el cual el sujeto que observa está comprometido perceptivamente en forma holística, es decir, que (...) utiliza las categorías culturales internalizadas que le permiten ordenar y dar sentido a lo que percibe.

7.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cabe destacar que la práctica llevada a cabo en dicha institución, se enmarca dentro de las normas del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, preponderando aquellas como el secreto profesional, tomando ciertas precauciones: confidencialidad al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar registros bajo su control, con los recaudos apropiados si son impresos, digitalizados y/o videograbados, se omitirán y/o alterarán cualquier dato que pueda conducir a la identificación de las personas y/o instituciones involucradas, salvo la expresa autorización de las mismas. Tal como lo establece el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba: “Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido (...) responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades” (Colegio de Psicólogos, 2016, p.10).

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA:

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

La sistematización de la experiencia en el Centro Integral Infanto-Juvenil inició, el día 07 de Mayo; pero las actividades propiamente dichas comenzaron el 24 del corriente mes, finalizando dicha práctica el día 06 de diciembre.

En el ingreso a la institución se ha podido observar, cierta preocupación, un clima tenso, por parte de las licenciadas que iban a estar presentes en dicho proceso.

Esto que les excedía como profesionales, tenía que ver con una cuestión de orden social, económica y política, ya que por ejemplo se había dado una modificación del personal de asistencia afectando no solo a la institución sino también a los usuarios, generando inconvenientes a la hora de receptar pacientes debido a que no habían turnos disponibles por falta de profesionales.

Por otro lado la institución se vio intervenida por medio del servicio de mantenimiento edilicio (refacción y pintura de paredes) generando una dilatación de las actividades institucionales.

Las políticas, los sistemas y servicios de salud debían responder a las necesidades de los usuarios, mitigando los riesgos y protegiendo a la población.

El Centro estaba completamente movilizado en sus actividades, se tomaron medidas de fuerza para que sean escuchados. Uno de los reclamos más importantes que querían llevar a cabo, el cual falló, tenía que ver con la incorporación de un psiquiatra infantil que no esté en condición de monotributista, debido a que en años anteriores habían tenido profesionales en dichas condiciones pero abandonaban, ya que no les convenía tomar ese puesto porque recibían una oferta laboral mejor remunerada, lo que llevaba a que abandonaran el Centro.

Haciendo un racconto de la experiencia vivida, se ha podido ultimar que la observación realizada fue cambiando a lo largo del recorrido pre profesional.

Al comienzo hubo un desborde de emociones e incertidumbre y mucho entusiasmo por comenzar. A medida que el inicio se postergaba, la ansiedad comenzó a cesar y se tornó en desilusión y preocupación ya que no se lograba entender cómo era posible que sea mayo y

aún las prácticas no habían comenzado. Preocupación no solo por la situación como practicante sino también por el contexto en el que se encontraba la institución.

Dicho contexto imposibilitaba además a que las personas que accedían a los servicios, se encuentren con turnos escasos.

Pese a todas las idas y vueltas que se interpusieron en el camino, iniciaron las actividades casi finalizando el mes de mayo.

Afortunadamente, el equipo de trabajo era cálido, laborioso y comprometido con la Institución, a pesar de que el mismo resultaba reducido, cuestión ésta que era necesario resaltar, ya que los recursos humanos existentes se venían escindiendo hace algún tiempo, dificultando el funcionamiento del mismo.

Tanto la psicóloga referente de la institución como la directora del CIJ y las demás profesionales que formaron parte del equipo, generaron sentimientos de pertenencia en el correr de las prácticas.

La psicóloga referente explicaba paso por paso como se manejaba la institución en la recepción de casos, que planillas y pautas debían seguirse.

Invitó a tener una participación activa en cada una de las actividades que se proponían. Esto es algo que se rescata y se valora por el hecho de que al haber falencias a nivel institucional, político, económico y social, las profesionales que lo integraban trataban de crear un entorno más cálido pese a las problemáticas ya mencionadas.

La primera actividad consistió en una sesión terapéutica con un niño de 3 años teniendo un rol de observadora no participante. Se experimentó sentimientos de comodidad y entusiasmo ya que implicaba ocupar una posición activa como futura profesional, no solo por dicho rol sino también por la calidez de la persona que estaba siendo entrevistada y la aceptación como practicante en dicho caso.

Fue un gran desafío, ya que por primera vez se ocupó un rol como futura profesional de la salud mental, asumiendo un compromiso y una responsabilidad frente a la persona entrevistada; tratando de poner a disposición todos los recursos adquiridos a lo largo de la carrera, como así también prestando atención a lo que la Licenciada decía y hacía, para aprender de su experiencia como psicóloga.

Posteriormente al encuentro se ha podido evaluar con la psicóloga referente cada una de las partes observadas en la entrevista así como también la formulación de posibles hipótesis y objetivos que se tenían en cuenta en cada uno de los encuentros.

A lo largo del proceso, se ha podido visualizar varias cuestiones de la dinámica familiar que influían en ese niño. Es por ello que algunas sesiones terapéuticas se llevaron a cabo solo con la madre y con el padre, esto posibilitó un mayor intercambio de dudas, cuestiones, en relación al comportamiento del niño así como también de los demás integrantes de la familia. La madre manifestó haber notado cambios positivos en el pequeño, lo cual esto generó que al haber cambios positivos se abandone el tratamiento, debido a que el malestar había cesado. Esto de generarse el alta voluntaria es una cuestión recurrente que se observó en el CIJ.

Además, se ha formado parte de tres dispositivos grupales terapéuticos.

Por un lado el "Dispositivo Grupal de Púberes" y "Dispositivo Grupal de Padres" formado por siete púberes, de 11 a 13 años los días lunes, en el cual los encuentros van rotando, es decir, una semana los púberes y a la siguiente los padres y así sucesivamente. Y por el otro, el "Dispositivo Grupal de niños" formado por ocho niños de 8, 9 y 10 años los días martes.

En los encuentros que se llevaron a cabo con los niños y púberes, el modo de intervención fue a través del juego, adaptado según las edades de los participantes del dispositivo grupal que se conformó, con la finalidad de que surjan cuestiones personales, vinculares, entre otras.

En el espacio con los padres, se pudo pensar como modo de intervención el diálogo, no solo para las cuestiones personales y vinculares que los acarreaban sino también para canalizar dudas y asuntos en relación a la vida cotidiana.

En relación a los Dispositivos Grupales de Padres y Púberes, se trabajó cuestiones propias de la etapa de la pubertad, el grupo de pares como sostén o como seno de discriminación y violencia, expresando situaciones en donde se han sentido vulnerados, así como también protegidos y acompañados. Los cambios físicos, emocionales y psicológicos de dicha etapa, que muchos de ellos manifestaban desconocer, como por ejemplo: el cambio en las cuestiones actitudinales; los gustos y preferencias de cada uno; las dificultades y aciertos del día a día; los límites; la situación social, económica, y política entre otros.

A su vez las familias de estos jóvenes, no solo expresaban las incertidumbres en la forma de accionar de ellos para sus hijos, sino que también se observó en varios encuentros la cuestión económica como un punto difícil y preocupante en las familias; por esa razón una de las madres abandonó algunos meses el grupo, debido a que estaba lidiando con cuestiones económicas y se le dificultó asistir a los encuentros.

Por el otro lado en cuanto al Dispositivo Grupal de Niños, los mismos tenían ciertas dificultades en el aprendizaje, de la lecto escritura y en lo relativo a la simbolización. En los encuentros se trató diferentes temáticas como por ejemplo: las normas y reglas haciendo alusión a aquellas cosas que debían cumplirse para mantener el orden y qué sucedía cuando esas normas o reglas eran quebrantada; la violencia teniendo en cuenta los diferentes tipos, como accionar frente a una situación violenta, y a quién acudir.

Ambos grupos fueron muy fructíferos, ya que se notó el verdadero significado de grupo. Es decir, no era un amontonamiento de gente en un espacio y lugar, sino que allí dentro sucedían cosas. Tanto los padres como los púberes, estaban muy comprometidos en los encuentros, lo que llevó a que el dispositivo sea aprovechado al máximo.

Finalmente, la última actividad que se realizó fue la participación de la "Revista de casos". La misma consistió en encuentros todos los viernes a las 09:00hs donde se exponían casos tomados por el equipo interdisciplinario. Dichos casos muchas veces eran expuestos al equipo ya que había cuestiones que eran importantes para debatir y nutrirse de otras disciplinas.

También se revisaba el libro de guardia y se destinaban los casos según la especialización que se solicitaba y la disponibilidad de turnos de cada profesional. Algunos de los viernes estaban ocupados a presenciar capacitaciones, las modalidades fueron variando, algunas veces se invitaba a una persona que sea externa a la institución, y otras veces la dictaba algún profesional que conformaba el equipo del CIIJ.

En el mes de octubre dictó una capacitación dada por el "Polo de la mujer" acerca del abuso sexual. Allí se vieron cuestiones en relación al lugar de la víctima, el concepto de trauma, la evaluación de casos, la dinámica familiar, entre otros.

Algo que caracterizó al CIIJ, es la celebración del día del niño que se realizaba todos los años. El año pasado tuvo lugar el día 30 de agosto, en la que participaron alrededor de 70 personas entre los niños y sus familias.

Se realizaron juegos, obra de títeres, sorteos y compartimos alimentos. Muchas empresas colaboraron con donaciones para el Centro como Arcor, panadería Independencia, panadería del Pilar, entre otras. La gran donación fue por parte de la secretaria de Salud Mental, que donó dos tablets y dos bicicletas para los niños.

Esta celebración dio lugar a un sentimiento de pertenencia a nivel institucional, favoreciendo los vínculos no solo con las familias sino también con la institución.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.

El recorrido por las prácticas pre profesionales supervisadas que dio lugar a la creación del proyecto integrador final, ha permitido generar una mirada crítica y constructiva de lo observado en la institución. El equipo de profesionales del CIIJ que dio lugar a la realización de dicha práctica, ha permitido una formación como futura profesional de la Salud mental, nutriéndome de conocimientos teóricos, técnicos del quehacer profesional.

A continuación, se presentará el análisis de la experiencia, a través del cual se realiza la articulación con el material teórico presentado anteriormente, a los fines de interpretar la experiencia acontecida y dar respuesta a los objetivos planteados en el trabajo propuesto.

8.2.1 Descripción de los Dispositivos grupales con familias, púberes y niños que se desarrollan en el Centro Integral Infanto Juvenil.

Considerando la realidad que atraviesa al Sistema Sanitario Público, se podrá decir que los dispositivos grupales, posibilitan una forma de pensar estrategias y mitigar el sufrimiento.

En este sentido, el CIIJ ha implementado la conformación de diversos dispositivos grupales, estos son: "Dispositivo Grupal de Púberes", "Dispositivo Grupal de Padres", estos dos se caracterizaron por ser paralelos y por último, el "Dispositivo Grupal de Niños"

En el correr del 2019 el Dispositivo Grupal de Púberes y el Dispositivo Grupal de Padres, ha traído a los encuentros temáticas en torno a la etapa de la pubertad, cuestiones vinculares de estos púberes con sus familias y dudas o cuestiones en torno a la vida personal de cada participante. En este caso una de las coordinadoras manifestó:

“De por sí este año los grupos son bastantes tranquilos, años anteriores llegaban púberes con problemáticas como trastornos alimenticios, agresividad, autolesiones. Es por eso que vemos este espacio como un sostén y teniendo en cuenta lo vincular” (Registro N°24).

En el caso del Dispositivo Grupal de Niños se centró principalmente en cuestiones que giraban en torno al aprendizaje, la lecto escritura y lo relativo a las posibilidades de simbolización, como así también algunas cuestiones personales que planteaban en los encuentros, ejemplos de estos son cuando comentaban situaciones que vivían en el ámbito escolar (episodios de violencia), como así también en el seno familiar.

La creación de estos grupos tuvo como fin y tomando a Morales Calatayud (1999) proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma. Poder alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Así como también lo planteado por Dávila (2011) la acción preventiva comprende no sólo las medidas destinadas a impedir la aparición de la enfermedad o una lesión, sino también a detener su avance o atenuar sus consecuencias, una vez establecida. Es en este sentido, es donde el grupo permitió a los participantes expresar por medio de la palabra aquellas cuestiones que no podían resolverse de manera autónoma. El hecho de que los encuentros se dieron semanalmente permitió a los participantes establecer un lugar y un espacio para canalizar y trabajar todo aquello que concierne, propiciando un sostén y favoreciendo a la *promoción y prevención de la salud*. Es en este espacio donde los coordinadores, tanto como los participantes adquirieron un rol activo de participación para trabajar cuestiones que les atañen. Es en tal sentido que una de las púberes pudo reflexionar y dar a conocer su mirada de lo positivo que había sido tener dicho espacio, no solo para ella, sino también para su familia. Ha podido observarse en el siguiente relato (Registro N°58):

“Yo no me sentí obligada a venir, sino sentía que me hacía falta. Antes en el colegio lloraba y ahora no, me di cuenta que cambié”

Así como también en lo mencionado por una de las coordinadoras: ¿Creen que este espacio funcionó con sus familias?

La misma púber había podido contestar al respecto: “Sí, porque mi mamá pudo entender que me pasaba este año”

Retomando lo planteado por Bustos (2010) se plantea el desafío y la necesidad de encontrar dispositivos concretos que favorezcan las prácticas de Promoción de Salud, como contribución para lograr una vida saludable, como los dispositivos propuestos por el CIIJ. Es así como lo plantean Giraldo Osorio et.al (2010) que las políticas públicas saludables están dirigidas hacia las personas y la comunidad, con el objetivo de mejorar los niveles de salud, accesibilidad, utilización, distribución y calidad de los servicios de salud, a la vez que la participación activa y la equidad en la prestación de los mismos.

En general las personas que asisten al hospital, demandan un alivio para su sufrimiento generando entonces la necesidad de pensar estrategias sanitarias, que permitan aliviar el malestar y habilitar espacios para interrogarse como sujetos. Surge la idea de agrupar a las personas; pero esto no se vincula solo con lo numérico, sino también con un conocimiento previo (un supuesto) que el acontecer en el grupo permite abordar mejor estas problemáticas. En referencia a lo dicho, Del Cueto y Fernández (1985) mencionan que la etimología de la palabra grupo, proviene del italiano Groppo o Gruppo cuyo sentido fue, en un primer momento "nudo" y sólo más tarde va a hacer alusión a conjunto -reunión.

Por otra parte Del Cueto y Fernández (1986) plantean que el dispositivo grupal, que contiene un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común, crea las condiciones de posibilidad para que un agrupamiento se constituya en un grupo. Se dice entonces, que los dispositivos presenciados en el CIIJ tenían el carácter de grupo, ya que no solo se estipuló desde el comienzo de los encuentros un encuadre, estableciendo un día y horario para que sean llevados a cabo, sino que también allí dentro se permitía a los integrantes desarrollar una expresión y una escucha que de otro modo no tendrían, era el medio para decir y atender lo dicho por otros en un espacio específico, y la interacción específica entre los sujetos, hacia posible también el establecimiento de vínculos y relaciones significativas. De igual modo posibilitaba procesos de subjetivación. Los encuentros de padres y púberes iban rotando, entre los días lunes a las 12:00 hs y el Dispositivo Grupal de Niños, se llevaban a cabo los días martes a las 11:00 hs. El objetivo de los grupos estaba centrado según la etapa evolutiva en la que estaban atravesando cada uno de los miembros que conforman los dispositivos anteriormente mencionados.

Fernandez (2008) nos dice que un grupo estará siempre sobre determinado por las instituciones, y lo allí acontecido está estrechamente relacionado con el tejido social de la sociedad en la que se encuentra. Lo institucional atraviesa al grupo, a través de sus normas de

funcionamiento y la coordinación -entre otras-. Es así que los horarios que la institución proponía para el desarrollo del grupo influían tanto en los niños como en los púberes. En relación a los niños, había quienes tenían dicho día (martes 11:00 hs) destinado a faltar al colegio para poder asistir al grupo, con el aval del colegio, ya que también era algo que requerían desde la institución escolar, la asistencia al dispositivo. Por su parte los púberes muchas veces se veían con dificultades para ingresar a horario al colegio ya que, el trayecto en colectivo del Centro al colegio demoraba. Dificultando muchas veces llegar a tiempo a una prueba.

En este sentido uno de los púberes, en uno de los encuentros preguntaba continuamente la hora, lo que llevo a intervenir a una de las coordinadoras (Registro N°52): “¿Porque? ¿Qué pasa? ¿Estas apurado?”

El mismo contestó: “Me tengo que ir al colegio, no sé si llego con el colectivo. Me voy a preguntarle a mi mamá...”

Parece pertinente dividir los dispositivos grupales en los que se ha participado para realizar un análisis más profundo.

8.2.1.1 Dispositivo Grupal de Padres y Púberes.

La institución propuso como espacio de trabajo, el dispositivo grupal terapéutico. Según lo expuesto por las coordinadoras, este era un espacio brindado para tratar lo vincular entre los púberes y sus familias:

“Los objetivos tienen que ver con la posibilidad de reforzar lo vincular, los grupos funcionan como sostén” (Registro N°24).

Lo planteado en el marco teórico por Edelman y Kordon (2011), define al grupo terapéutico como aquel que tiene encuentros pautados, el que permite la re-elaboración de los conflictos, dando lugar a la puesta en escena del grupo, y a las personas que han concurrido con la decisión de realizar un tratamiento psicoterapéutico a raíz de dificultades en su vida y los vínculos que le producen sufrimiento. A su vez, puede incidir en el ámbito afectivo, emocional de los participantes, generando una resonancia en los demás, con la cual pueden llegar a sentirse identificados.

En lo personal, se cree que ciertos aspectos que se establecen en la teoría, a la hora de llevarlos a la práctica, podrían hacer referencia a los dispositivos grupales terapéuticos, así como también a los dispositivos grupales de reflexión, ya que se observó no

solo lineamientos del grupo terapéutico, sino también concomitantes teóricos de otros lineamientos grupales como el grupo de reflexión. Se pudo inferir que tanto en el Dispositivo Grupal de Padres como en el Dispositivo Grupal de Púberes visualizado en el CIIJ se presentaron algunas características de grupos terapéuticos así como también de grupos de reflexión.

En referencia a lo dicho sobre los grupos terapéuticos, ha ocurrido en distintas ocasiones que en los encuentros, cada una de las participantes que contaba alguna situación de su vida, resonaba en el grupo, generando una puesta en escena, dando lugar a la participación colectiva y el sentimiento de pertenencia del dispositivo grupal. El hecho de saber que hay un otro que pasó por la misma situación que uno, hace que a nivel especular el otro lo escuche, lo entienda, lo acepte y lo apoye. Dos madres han manifestado (Registro N°61):

“El trabajo de ustedes fue muy bueno. Además también este espacio sirve para darnos cuenta que hay mamás que pasan por lo mismo y eso ayuda”.

“ Si, opino lo mismo... Eso de que alguna madre cuenta algo y a veces es la misma situación que estoy viviendo, es un espacio para descargarse. A veces alguna dice algo y decís sí... a mí me pasa lo mismo”.

En referencia a lo dicho sobre los grupos de reflexión, tal como lo plantean Izaurieta, B. Fernandes y Fernandes (2011) la meta principal es el conocimiento que se puede adquirir en la vivencia grupal. El hecho de que no exista un tema prefijado deja un espacio poco definido, lo que facilita las proyecciones y la construcción del tema por los propios participantes. Es así que en cada uno de los encuentros se comenzaba con una pregunta abierta por parte de la coordinadora, permitiendo la configuración de la temática; la coordinadora planteaba lo siguiente:

“ ¿Alguien quiere hablar de algo... empezar? (Registro N°7)

“Bienvenidas, ¿cómo anduvieron? ¿Alguna quiere contar algo?” (Registro N°22).

Esto de no tener un tema prefijado generó también la posibilidad de que las participantes traigan temáticas al espacio, una de ellas mencionó:

“Yo tengo una duda... ¿qué pasa cuando ellos no admiten sus errores? ellos saben que hicieron algo mal pero ahí está el tire y afloje, siempre me pasa que hay un tire y afloje con el...” (Registro N°22)

En este sentido una de las madres abrió la temática del encuentro y la coordinadora realizó una intervención mediante lo dicho:

“Pensando esto del tire y afloje que nos dice la madre de Mx ¿que sería? ¿Que se les ocurre a ustedes?” (Registro N°22).

Así también lo planteado por Torras (2002) en el grupo se crean las condiciones necesarias para ofrecer un espacio de interacciones, expresión personal, asociaciones de ideas, observación, escucha, posibilidad de empatía, interpretaciones, compartido por todos los miembros. En este caso los coordinadores han destacado que el dispositivo grupal ha sido muy fructífero ya que se notaba un gran compromiso e interés. Lo mencionado se ha visto en los siguientes relatos (Registro N°61):

“No solo era un grupo de personas amontonadas, sino que aquí adentro pasaban cosas y también ha sido muy rico los encuentros porque no solo existía vínculo aquí dentro sino afuera”

“Capacidad del grupo para reflexionar lo que se vivencia, la empatía...”

“Destaco también el interés y compromiso. Me quedo guardada una imagen de cuando I contaba una situación dolorosa y una de ustedes le agarro la mano acompañándola, creo que el grupo se resume en esa imagen”

Cabe destacar que el Dispositivo Grupal de Padres y Púberes, se caracterizó por ser paralelo, lo cual permitió un abordaje más profundo tanto de los púberes como de las familias. Una de las interrogantes que se le ha podido plantear a la coordinadora decía lo siguiente (Registro N°24):

“En relación a los encuentros que van rotando, por ejemplo un lunes los padres y al siguiente los púberes ¿tiene algún propósito?”

La misma contestó: “El hecho de trabajar en conjunto padres y púberes permite tener una mirada más rica. Por ejemplo en los púberes surgen temáticas que se relacionan con esta etapa y los padres en como “lidiar” con sus hijos en dicha etapa”

En tal sentido, Toranzo et al (2013) plantean que una de las fortalezas de este diseño terapéutico es el modo en que se cuida la relación asimétrica entre padres e hijos, al proveer dos espacios diferenciados (el grupo de padres y el grupo de hijo) y simultáneamente complementarios. De acuerdo a lo dicho, se ha dejado en claro en varios encuentros tanto de los púberes como de los padres, que era un espacio destinado para contar asuntos personales y vivenciales y todo aquello que acontecía debía quedarse allí, ya que muchas veces se habían filtrado asuntos de los dispositivos sobre todo el de adultos, bajo el lema de “Hijo , vos tenes que hacer esto porque en el dispositivo se dijo y la madre de tal, lo aplico con su hijo y funcionó”, como una suerte de objetivo que debía cumplirse. A su vez en uno de los encuentros con los púberes, como en tantos otros que se ha tomado nota de lo que se hablaba, con el aval y la aprobación de los coordinadores, habían surgido interrogantes por uno de los participantes (Registro N°38):

“¿Y ustedes porque anotan?”

A lo que se ha respondido, así como también se ha notado tranquilidad por parte de él y sus compañeros. “Si, nosotras anotamos los temas que se hablan, quienes vinieron al grupo” “Claro, pero esto es con confidencialidad quédense tranquilos, todo lo que se habla acá, queda acá”

Es pertinente destacar que se ha tomado el concepto de familia de Macias et al (2013) entendiéndolo como un sistema constituido por un grupo de personas entrelazadas, cuyo vínculo se basa en las relaciones de parentesco fundadas por los lazos biológicos y/o afectivos, con funciones específicas para cada uno de sus miembros, una estructura jerárquica, normas y reglas definidas. Es menester recalcar del concepto anterior aquello que hace referencia al grupo de personas entrelazadas con un vínculo biológico y/o afectivo, sobre todo aún el afectivo. En alusión a lo dicho, se sabe que hoy en día nos encontramos con una gran diversidad de familias. Ya no solo encontramos la familia tradicional o nuclear compuesta por los progenitores e hijos, sino que también existen otro tipo de configuraciones familiares como familia monoparental, familia homoparental, familia ensamblada, familia de acogimiento, entre otras. Es así que Fornós Bareras (2001) plantea que la familia clásica no es la única institución válida para la crianza de los hijos, pero sí se va a defender el rol que deben desarrollar los adultos que tengan a su cargo niños y adolescentes. Este rol debe ser contenedor, organizador y protector de la vida de los niños y adolescentes, todo ello acompañado del afecto necesario. Tal es así, que al dispositivo grupal de padres asistió una abuela, quien tiene a su cargo tres nietos:

“Yo soy abuela de A, estoy a cargo de él y de sus hermanos debido a que no tienen una estrecha relación con su madre...” (Registro N° 17).

Es así que quien cumple este rol contenedor, organizador, protector y de afecto es la abuela, pese a que el vínculo entre esta madre con sus hijos se estaba construyendo, se pudo ver en lo relatado por la abuela, cuando el coordinador la interrogó sobre el encuentro de sus nietos con la madre:

“Si... pero A le dice ¿por qué te fuiste? te podrías haber quedado, estarías acá. Yo le dije a mi nieto, tu madre me hizo un planteo ¿vos qué opinas? , él me dijo: No nona, yo me quiero quedar acá” (Registro N°49).

Las familias con las que se trabajó en el Dispositivo Grupal de Padres, se caracterizaron en que sus hijos atravesaban el período de la adolescencia. Quiroga (1998) nos dice que el proceso adolescente es esencialmente un proceso de cambio y, por tal razón de transición. Tanto para el adolescente como para la familia, es el momento de la vida en que se

presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en cualquier otro periodo anterior de su vida. En alusión a lo expuesto, varias de las participantes manifestaban concurrir a los encuentros para tratar cuestiones referidas a la etapa en la que estaban atravesando sus hijos (Registro N°17):

“Vengo a estos encuentros, porque como bien sabemos están atravesando el periodo de la pre adolescencia y todas las cosas que surgen en esta etapa”

“Vengo a estos encuentros para dialogar cuestiones en relación a esta etapa, ya que muchas veces no sé qué hacer y como ustedes saben soy una persona grande”

“Mi hijo esta rebelde, dice que no va a copiar las carpetas, porque no tiene ganas de estudiar para Cs. Naturales porque no soporta a la profesora” (Registro N°22).

Por su parte es imprescindible destacar el contraste que se observó en el Dispositivo de los Púberes cuando se les interrogó porque concurrían a los encuentros. Algunas de las respuestas fueron (Registro N°25):

“Mi nombre es P, estoy acá para aprender”

“Mi nombre es N, tengo 13 años. No sé porque estoy acá”

“Mi nombre es A, no sé porque estoy acá”

“Mi nombre es Mx, estoy acá para conocer gente nueva”

Ante la misma consigna planteada en ambos dispositivos, se observó que en el discurso de las madres y de la abuela se evidenciaba un cierto grado de preocupación, de interés por resolver, escuchar sugerencias y modos de abordar al preadolescente-adolescente, por su parte los púberes manifestaban un estado de indiferencia frente a la etapa, no registrando preocupaciones de la misma como así lo plantean sus madres y abuela. En este sentido es importante destacar lo planteado por Hernández, Valladares, Rodríguez y Selin (2017), los mismos afirman que es importante que se tome conciencia sobre el valor socializador de la familia, que se construyan vínculos positivos entre padres e hijos ya que es en la familia donde se adquieren las primeras pautas de relación social, es decir que haya una cohesión familiar que se refleje por medio de lazos emocionales fuertes, apoyo mutuo, realización de actividades en conjunto y afecto recíproco.

Por otra parte, Gomez Cobos (2008) propone que la familia es considerada como núcleo desencadenante de conductas de riesgo, si el adolescente la percibe como un ambiente hostil, busca un grupo que le brinde seguridad. En caso de existir un ambiente hostil para el joven, es con el grupo que se intenta modificarlo, es así que Torras (2002) plantea que el grupo de adolescentes tiene función de puente, de trayecto, de objeto transicional entre la infancia y la autonomía, entre la dependencia infantil y la dependencia adulta y entre la

identidad de la familia y la propia identidad. El grupo constructivo facilita esta trayectoria, ofreciendo de momento un refugio en el que el adolescente se cobija. En dicho sentido el dispositivo propuesto por el CIIJ, propició a los jóvenes un apoyo mutuo y una comprensión, se organizaban fundamentalmente, sobre la base de lo común: intereses, inquietudes, formas de ver el mundo, de entenderlo y de moverse en él, así como también lo doloroso, aquello que provoca sufrimiento, tal como reconocer que hacer frente a la realidad personal y social puede aparejar dificultad y frustración. Es decir, se trata de encontrar pares. Algo de lo que se ha podido visualizar en el dispositivo fue lo siguiente (Registro N°26):

“Mi nombre es Mi, estoy acá porque mi mamá me dijo que puedo hacer amigos, soy tímida”

A lo que uno de sus compañeros le respondió: “Tranquila, todos estamos nerviosos la primera vez”

Lo dicho por el púber dio cuenta de un apoyo y comprensión por parte del mismo. A su vez han surgido situaciones de violencia que han atravesado y la importancia de este grupo como sostén frente a dichos sucesos y cómo afrontarlos. Los púberes han podido expresar lo siguiente (Registro N°33):

“Lo que pasa es que a mí me hacen bullying”

“A mi también me molestaban el año pasado, pero lo hablé con mi mamá y con la profesora”

“A mi antes me molestaban y yo no me animaba a decir, me insultaban”

8.2.1.2 Dispositivo Grupal de Niños:

Analizando el Dispositivo Grupal de Niños, es pertinente destacar que el CIIJ propuso para este dispositivo la misma modalidad de trabajo que los mencionados anteriormente, es decir, el dispositivo grupal terapéutico.

Haciendo un recorrido y caracterizando al mismo, es imprescindible destacar que dicho espacio ha sido denominado con el nombre de “Taller de Aprendizaje”. Sin embargo... ¿a qué se debe este nombre? ¿Por qué se habló de “Taller de Aprendizaje” y no de “Dispositivo Grupal Terapéutico de Aprendizaje”?

En primer lugar, retomando lo planteado por los autores Puget, Bernard, Games Chaves y Romano (1982), el grupo terapéutico es un medio creado artificialmente sobre la base de encuentros pautados en el que varias personas interaccionan, se comunican y

comparten normas. En su campo observacional se articulan pautas individuales y socioculturales. En este sentido no debemos olvidar que estamos hablando de un grupo terapéutico compuesto por niños, lo cual conlleva que la forma de llevarlo a cabo difiere del Dispositivo de Padres y Púberes. Es así que Fernández Miró (2018) nos dice que en los grupos terapéuticos de niños, el juego, la conversación y el dibujo son los medios más usados y, a la vez, los hilos conductores de las sesiones. La actividad de juego no es un fin lúdico sino un medio para conseguir otros niveles de verbalización más integrados en el psiquismo. Por su parte Ferrari Riganti y Fontao (2008) plantean que la expresión del accionar en sus juegos permite la exploración de la conducta y el otorgamiento de significado. El grupo adquiere lugar de apoyo y sostén, dándole un lugar de reconocimiento y permitiendo el desarrollo de un mundo propio, allí se habla y se juega, pero no de cualquier manera. Respecto a lo dicho, a lo largo del año se pudo visualizar en todos los encuentros actividades relacionadas a lo lúdico y recreativo ya sean: Obras de títeres, dibujos, cuentos, psicodrama, entre otras. Dentro de lo propuesto por el dispositivo, han surgido cosas muy interesantes luego de las actividades establecidas, por ejemplo: una de las actividades tenía que ver con la creación de una historia, allí cada uno desplegó su imaginación inventando sus personajes, sus nombres y sus personalidades. Los niños expresaron (Registro N°8):

“Yo elegí una perrita rosa, bebe, llorona”

“Yo, un gato negro y hace argghh (imitando el ruido del felino y poniendo sus manos como garras)”

“Un hombre musculoso”

“Un hada”

Estos niños que describían dichos personajes, mostraban muchos aspectos de su personalidad, por ejemplo: el niño que había elegido el gato negro, siempre se mostraba reticente a integrarse al grupo, había días en los que la actividad le entusiasmaba, pero la mayor parte de los encuentros él se encontraba solo en una esquina sentado, sin querer hacer nada, pese a la insistencia de las coordinadoras. Siguiendo la línea de la misma autora y destacando la frase de que el grupo adquiere lugar de apoyo y sostén, pudo verse reflejado en uno de los encuentros cuando uno de los niños decide festejar su cumpleaños en el grupo, esto lleva a pensar que para este niño, este espacio le significa un lugar de contención y de nuevos vínculos positivos, saludables, generando empatía con el otro. Ejemplo de esto:

“Hoy M trajo torta y sandwichitos, que lo preparo su mama y su abuela. Resulta que le preguntaron si quería festejar su cumple en la escuela y él dijo que no, que quería festejarlo acá”. (Registro N°8)

Continuando con las preguntas planteadas... El dispositivo grupal recibió el nombre de "Taller de Aprendizaje" debido a que como se ha mencionado anteriormente, estaba compuesto por niños que tenían ciertas dificultades en el aprendizaje y en la lecto escritura. Agullo Casul (2001) plantea que cuando el niño no aprende, se puede pensar que algo en su interior está obstaculizando el aprendizaje, o que no está siguiendo una estructuración del pensamiento válida que le permita aprender. En esta situación el niño realiza experiencias frustrantes de las que no aprende, está hiperactivo, descarga la tensión pero no introyecta. Cabe destacar que en este sentido, es importante hacer una valoración completa de cada uno de los niños que integraban el dispositivo, para visualizar si había otros conflictos que obstaculizaban el aprendizaje como se ha mencionado anteriormente, y en caso necesario complementar el abordaje grupal con uno individual.

Las coordinadoras habían planteado que nunca se había pensado específicamente que nombre ponerle al dispositivo, como si sucedió con los otros ("Taller entremanos" "Taller peques" "Taller arteterapia") sino que en este dispositivo el nombre había surgido de una forma azarosa de acuerdo a la composición de sus integrantes. Resulta pertinente destacar que justamente el nombre designado, hace referencia al espacio que brinda el CIIJ, haciendo hincapié en las potencialidades de los niños y no en sus dificultades, un espacio destinado para aprender aquello que por diversas circunstancias no pudo darse en algún momento. Es decir, un espacio brindado para promover la salud de los niños.

Ahora bien, tomando la pregunta ¿por qué se habla de "Taller de Aprendizaje" y no de "Dispositivo Grupal Terapéutico de Aprendizaje"? Parece oportuno destacar que este dispositivo tenía aspectos que conllevan a la conformación de un dispositivo grupal terapéutico, pero aún más a un taller. Es así que Campos Barakaldo (2015) nos dice que el taller de aprendizaje, es un proceso planificado y estructurado de aprendizaje, que implica a los participantes del grupo y que tiene una finalidad concreta. Es así que el mismo, ha sido conformado para tratar las dificultades que giran en torno al aprendizaje y lecto escritura de estos niños, promoviendo un espacio diferente al escolar, pero sin perder de vista el contexto. A su vez, dicho autor nos dice que a la hora de planificar un taller, se deben realizar elecciones concretas, esto implica por ejemplo, la selección de un tema en cada encuentro. Se necesita un guión que ordene el conjunto de actividades que se incluyan, considerar la forma más apropiada para tratar el contenido y el modo de implicar a los participantes y de gestionar el proceso. Así como también tener en cuenta las cuestiones prácticas (espacios, mobiliario, herramientas informáticas). Aquí es importante detenerse, ya que se ha podido observar en los encuentros que algunas de las actividades establecidas han sido planificadas, por ejemplo: la

creación de los títeres y posteriormente la confección de las historias, teniendo en cuenta que la institución contaba con las cuestiones prácticas mencionada anteriormente, esto es, un teatrillo o teatrino (escenario de los títeres); actividades relacionadas a la lecto escritura (sopa de letras); psicodrama ya que se contaban con telas , tubos, otro tipo de títeres, que posibilitaron el ejercicio de la actividad, entre otras.

Por otra parte y siguiendo la línea del mismo autor, uno de los principios que se encuentran en esta modalidad taller, tiene que ver con lo impredecible. Esto quiere decir que a pesar de una rigurosa planificación, nunca se sabe lo que va a suceder hasta que empieza la interacción con los participantes. Se debe ser abierto y flexible, dando la posibilidad de desviarse un tanto del camino previsto, sin perder de vista la finalidad del taller. Es en este sentido, que muchas de las actividades o temáticas que surgieron en el espacio se dieron a medida que se iba desarrollando el dispositivo. Una de ellas tenía que ver con las reglas, normas, leyes que debían respetarse no solo en dicho espacio sino en la cotidianeidad, debido a que una de las niñas al ingresar al consultorio, no registraba las ordenes de las coordinadoras y se concentraba en otros aspectos. Esto puede observarse en el siguiente relato:

“En un momento E, comenzó a jugar con los objetos que se encontraban en el consultorio sin prestar atención a lo que decían las coordinadoras. Debido a esto y a que varias veces se le había llamado la atención para que deje de jugar, comenzamos a hablar sobre las reglas. Que son, en donde hay y que pasa si no se cumplen” (Registro N°43).

Otra de las actividades que se establecieron sobre la marcha del dispositivo, tenía que ver con la temática de la violencia que había surgido de manera espontánea.

“En un momento surgió el tema de la violencia, aquellos momentos en los que habían sufrido violencia de algún tipo. Algunos contaban que en la escuela le hacían bullying, otros comentaban que sus papas les pegaban cuando se portaban mal. Esto llevó a que una de las coordinadoras intervenga... ¿qué les parece si hacemos una canción sobre los buenos tratos?” (Registro N°50).

Por último, el mismo autor plantea que la receta básica para que un taller se resuelva con éxito, contiene algunos ingredientes esenciales: en primer lugar, toda actividad debe ir acompañada de reflexión, porque es la reflexión la que activa los aprendizajes. Una actividad como una presentación, un ejercicio, un juego de roles, pueden no generar aprendizaje por ellos mismos. Este se produce en la reflexión, cuando se ponen palabras a los sentimientos, experiencias y entendimientos. Es aquí, donde parece importante detenerse. Por ejemplo, en

uno de los encuentros que se leyeron cuentos y fabulas, un posible cierre a modo de reflexión hubiese posibilitado dar cuenta de la importancia y los beneficios de la lectura en los niños, dado que favorece a la memoria; el lenguaje, ya que a través de la lectura el niño ampliará su vocabulario; su capacidad de abstracción y de imaginación, el niño establece la relación entre los objetos que ha visto en la realidad y la representación de los mismos en las ilustraciones, comienza a construir su propia representación, a crear una realidad en su mente. Es así que Rice (1997) plantea que en la niñez intermedia (6 años a los 11 años aproximadamente, edades por las que estaba conformado el dispositivo). Los niños hacen avances notables en su habilidad para la lectura, la escritura y la aritmética, así como para comprender su mundo y para pensar de manera lógica.

Es menester destacar que en el periodo de la niñez cobra relevancia el juego, lo que permite el desarrollo integral en los mismos. Lopez Chamorro (2010) propone que a través del juego, el niño desarrolla su personalidad y habilidades sociales, estimula el desarrollo de sus capacidades intelectuales y psicomotoras y, en general, proporciona al niño experiencias que le enseñan a vivir en sociedad, a conocer sus posibilidades y limitaciones, a crecer y madurar. Ahora bien, este espacio dedicado para tratar cuestiones del aprendizaje, además debía permitir tiempo de recreación libre, pudiendo ser individual escogiendo libremente hacer algo de acuerdo a las necesidades internas, sin recibir ningún tipo de directriz por parte del adulto, o bien podía surgir el deseo de unirse a otro u otros niños, lo cual contribuye al desarrollo de una conducta social positiva, a la vez que refuerza la identidad personal y la autoestima. Esta opción del juego libre podría haber sido un punto muy enriquecedor, no solo para visualizar el manejo del juego en sí, sino porque también se había visto en muchos de los encuentros que los niños se habían sentido atraídos por muchos de los juguetes, generando un fuerte deseo y distracción, ya que quitaban los juguetes mientras las coordinadoras planteaban la actividad, dando como resultado un llamado de atención.

Como conclusión de la categoría y teniendo en cuenta los diversos dispositivos por los que se ha atravesado, parece importante destacar la importancia de la familia, dado que las vinculaciones familiares son de vital importancia, ya que permiten ir entramando una red de significaciones entre los hijos y sus padres. En lo personal, los dispositivos más fructíferos fueron el de padres y púberes debido a que, cumplimentaban con el encuadre tanto las familias como los púberes, lo cual posibilitó sacar más provecho a los encuentros y poder continuar con un seguimiento.

Por otro lado, parece importante mencionar que los púberes y familias que asistían al dispositivo no realizaban por fuera de estos encuentros ningún abordaje terapéutico, lo cual se cree que podría haber sido muy valioso ya que había quienes debían resolver cuestiones muy personales, que al llevarlas al grupo dejaban en evidencia esta necesidad de una terapia individual.

Es así que centrándose en el Dispositivo Grupal de Niños, en base a la organización se había notado un grupo bastante heterogéneo, ya que en el mismo, había niños que presentaban dificultades de orden emocional, otros niños con dificultades leves en el aprendizaje e incluso otros niños que presentaban dificultades de otro orden.

Esto evidenciaba que a la hora de resolver ciertas actividades se “destacaban” algunos de los niños, y otros se encontraban bajo la mirada de la coordinadora ya que no estaban motivados con la actividad y sus intereses eran otros.

Es pertinente mencionar que no se ha visualizado grupos de autoayuda, ya que no se abordaron patologías específicas, como lo podría ser un grupo de púberes con trastornos alimenticios, de abuso de sustancias, entre otros.

8.2.2 Intervenciones tendientes a la promoción y prevención de la salud para el sostén de familias, púberes y niños.

Centrándose en las intervenciones que propician la promoción y prevención de la salud tanto en las familias como en los púberes y niños. Es importante destacar el lugar que ocupa el coordinador en los dispositivos y de qué modo lleva a cabo las intervenciones, destacando así también que no es el único que interviene en dichos espacios.

En este sentido es pertinente pensar que la coordinación implica en sí misma la idea de dirigir, ordenar, organizar. El coordinador tendrá el lugar de ser quien habilita la palabra, pondrá las reglas de funcionamiento, establecerá el encuadre posible fijando horarios y consignas. Siendo este uno de los lugares posibles que habita el coordinador de un grupo, no obstante no será el único ni el más válido lugar.

Muchas veces en los dispositivos, el coordinador abandona este lugar de directivo y lo cede a algunos de los participantes, propiciando una mayor participación y reflexión de lo acontecido. Es, en este sentido un interjuego entre el coordinador y los participantes.

Es decir, el coordinador no debe ejercer el papel de un líder autoritario, pero tampoco permitir que el grupo vaya a su libre albedrío perdiendo de vista los objetivos del grupo y la forma más eficaz de conseguirlos. La función del coordinador es establecer las normas de funcionamiento del grupo, velar por su cumplimiento, moderar las intervenciones y controlar los factores que pueden perturbar el funcionamiento del grupo y la consecución de las metas propuestas.

Ahora bien, las intervenciones promotoras y preventivas de salud, son aquellas actividades que sirvieron como medio para que las personas puedan ampliar sus opciones de controlar y mejorar la salud, es decir que puedan progresar hacia estados de mayor fortaleza, mayor capacidad funcional, mayor bienestar.

Desde el CIIJ se apostó a trabajar desde el paradigma de la salud, que posibilitó tener en cuenta la multiplicidad de factores que atraviesan las distintas situaciones y vicisitudes del ser humano en salud mental con abordajes integrales interdisciplinarios e intersectoriales.

Seguidamente se expondrán aquellas intervenciones que propiciaron la promoción y prevención de la salud, en primer lugar "Los Dispositivos Grupales de Padres y Púberes" y en segundo lugar "El Dispositivo Grupal de Niños"

8.2.2.1 Dispositivo Grupal de Padres y Púberes.

Haciendo alusión a la cuestión mencionada anteriormente de dirigir, ordenar, organizar y poner las reglas de funcionamiento del espacio por parte del coordinador, ha pasado en el dispositivo de padres que una de las coordinadoras ha tenido que intervenir en el dispositivo debido a que el encuadre establecido no estaba siendo respetado, ya que se tornaba una charla cotidiana, generando en ellas un impacto, dando lugar al silencio por parte de las participantes. Lo planteado, se observa en el siguiente relato de una de las coordinadoras:

"Está muy buena la idea, pero acá es importante que hablemos de nosotros y de nuestros chicos. También es nuestra función filtrar estas cosas, tal vez esto pueden hablarlo en sala de espera ya que ustedes siempre se juntan, o en su grupo de whatsapp" (Registro N°30).

A lo largo del recorrido por la institución se han observado en dicho dispositivo, diversas intervenciones que propiciaron la promoción y prevención de la salud.

En primer lugar, centrándose en el Dispositivo Grupal de Padres, uno de los encuentros dio lugar para dialogar acerca de las vacaciones. Que actividades y/o pasatiempos

realizaron en familia, ¿qué momentos compartieron?, las participantes comentaban (Registro N°17):

“Descansamos, miramos películas”

“Compartimos en mi familia, por ejemplo tuvimos que limpiar un terreno y lo hicimos en familia, eso nos llevó toda la tarde”

A lo que el coordinador intervino: “Eso es importante, que puedan disfrutar. A veces uno puede hacerlo sin necesidad de gastar plata, como por ejemplo lo que han mencionado: ver películas en casa, limpiar un terreno entre todos ¿ustedes se preguntaron que quieren? ¿o que quieren sus hijos?”

Allí todas comenzaron a mirarse, sin saber que responder y pensaban... El coordinador nuevamente interviene: “No hace falta que me lo respondan ahora, piénsenlo y después me contestan”, allí se da el cierre al encuentro

En este sentido se pudo observar cómo surge una pregunta por parte del coordinador, resonando en las madres a tal punto de generar un gran silencio en el dispositivo. Una pregunta que conllevó a la introspección, generando promoción de la salud, ¿Qué quiero? ¿Qué quiere mi hijo? ¿Cuánto de mi tiempo es dedicado a mis hijos?, ya no mirar tanto en lo extra familiar sino en lo familiar y personal. Esa pregunta que no tuvo respuesta, quedo como pregunta abierta ya que en ese momento se dio el cierre al encuentro. Dicha pregunta no volvió a retomarse en el encuentro siguiente, lo cual hubiese sido muy valiosa la respuesta por parte de las mismas.

En segundo lugar, en varias oportunidades las madres debieron presentarse en el grupo, ya que todos los encuentros ingresaba una nueva participante. Se ha podido observar a lo largo de los encuentros, el mismo discurso de presentación (Registro N°22):

“Mi nombre es T, soy mama de M. Vengo acá porque mi hija tiene problemas de aprendizaje, y para poder aprender”

“Me llamo Mr, soy madre de P y vengo porque mi hijo tiene retraso mental leve”

“Mi nombre es C, soy la mama de N. Vengo porque mi hijo tiene problemas de aprendizaje, me dijeron que tiene dislexia”

Aquí se visualizó en demasía el diagnóstico de, retraso mental, dislexia y problemas de aprendizaje. Retomando lo planteado por Camacho (2006), los diagnósticos en el área de la salud mental pueden tener fines negativos, como: rotular a las personas tratándolas como patologías, cosificando, des-humanizando y des-subjetivando. Estos rótulos encasillan a los sujetos en un lugar, tratándolos de una manera específica y esperando que la persona se atribuya un patrón de conducta en pos al diagnóstico. El discurso gira entorno a “Me dijeron

que tiene..." ese diagnóstico es tomado como algo único e inacabado, mi hijo ES. Se afirma, pero... ¿de dónde proviene ese diagnóstico? Muchas veces proviene de la escuela, madres que desconocen del tema, confían en la palabra de un profesional, no se preguntan, están convencidas y ese púber se estanca y comienza a funcionar como tal. En este sentido, desde el CIIJ se apostó y se sigue apostando, a una infancia y adolescencia libre de diagnósticos, lo cual posibilita aumentar las potencialidades de los niños como de los púberes, ya que muchas veces estos diagnósticos rotulantes y estigmatizantes, generan así un funcionamiento en base al mismo. También se ha observado en otro de los encuentros, la palabra medicación. Se observó en lo expuesto (Registro N° 35):

Madre de P: "Tengo ganas de consultar con la neuróloga para que lo mediquen con la retención"

Coordinadora: "¿Por qué? ¿Por qué crees que hay que medicarlo?"

Madre de P "Él estaba tomando Ri..."

Coordinadora: "¿Ritalina?"

Madre de P: "Si..."

La palabra medicación surge como algo mágico, como una forma de aplacar aquello que molesta; quizás un pensamiento por parte de esta madre sería el siguiente... "Cómo no funciona en esta área, la mejor solución es sumar otra medicación porque él ya estaba tomando una y funcionó, entonces ahora al parecer debería tomar otra, para solucionar este problema".

El coordinador intervino: "Y... con lo que le gusta... por ejemplo internet. ¿Cuánto tiempo esta?"

"Madre de P: "Yo solo le permito una hora"

Coordinador: "Pero fíjate... vos le das una hora, él la respeta. Es algo que le interesa. Tal vez no estamos captando que es lo que él quiere, por eso hace lo que hace" Madre de P: /Silencio/

La madre de P, varias veces habló de sus hijos comparándolos, diciendo "son puntos cardinales opuestos". Colocó a sus otros hijos en el lugar de padres: "mis otros hijos vigilan a P en la escuela, le preguntan si hacen la tarea, hablan con su maestra.

Coordinador: "Es importante que usted piense... hay que sacar a los hermanos del lugar de padres, es usted la que debe ocupar ese lugar"

Madre de P: "Pero son los maestros los que los ponen en ese lugar".

Se la interrogó a esta madre sobre su vínculo con este hijo, ella delega. Sus otros hijos cumplen el rol de padres, la institución escolar es quien se los designa y esta madre al parecer

accede. ¿Cómo funciona este púber en lo que le gusta? ¿Y si el conflicto es de otro orden que esta madre no está viendo? ¿La medicación es la única solución? ¿Existe otra alternativa?".

La coordinadora intervino: "Puede suceder que a veces la dificultad, no sea del orden que usted plantea, sino que puede ser del orden de lo emocional y que tal vez ni lo sabe. Son cosas propias de la adolescencia"

En otro encuentro se observó el mismo discurso, lo que conllevó a nuevamente interpelar sobre lo siguiente (Registro N°40):

"Mi hijo tiene retraso mental leve"

"Tiene problemas de aprendizaje, hace las cosas en el momento y después se olvida, conmigo no quiere hacer las cosas, en el colegio sí."

Los coordinadores intervinieron: "¿De dónde surge ese diagnóstico?"

Una de las madres contestó: "Hace dos años que se lo dio la psicopedagoga, se lo renuevan todos los años. Tengo fotocopia"

Mientras otra de las madres no realizaba ninguna acotación sobre el origen del diagnóstico. Ambos coordinadores manifestaron lo siguiente:

"Muchas veces los adultos debemos desprendernos de esos diagnósticos y dejar de repetir"

"Sobre todos porque en la infancia nada está establecido, esta todo verde"

Parece menester detenerse en lo expuesto anteriormente, y retomar a Muniz (2013), el cual plantea que en los últimos años se ha acrecentado la preocupación por la tendencia a reducir situaciones de la vida cotidiana, propias del ser y de los procesos de crecimiento, a un lenguaje de patología de las conductas; donde todo aquello que no entra en los criterios de normalidad, se considera patológico, siendo las infancias y las adolescencias principales destinatarios de este fenómeno patologizador. Es aquí importante, destacar las intervenciones por parte de los coordinadores, haciendo alusión a desprenderse de los diagnósticos, entender que nada en la infancia y adolescencia está establecido, pensar que existen problemas de otro orden como lo emocional. Dichas intervenciones apuntaron a la promoción y prevención de la salud, interpelar a las familias, poder cuestionarse lo dicho, poder darle un lugar al púber, que se pueda mirar más allá del rótulo impuesto. Poder pensar... si su hijo en esta área no responde... ¿cómo se maneja en otros ámbitos? ¿y si no estamos captando lo que necesita, lo que le sucede? ¿Realmente tiene retraso mental, dislexia o... existe una falta de interés propia de la adolescencia? Como se observó, estas madres no han podido realizarse estas preguntas, y cuestionar lo dicho por un profesional. Por eso se cree que es importante, el rol del profesional en estos casos, a la hora de dar un diagnóstico no solo debe observar al niño o al

púber en todos los ámbitos de su vida, a tener en cuenta la edad evolutiva, a poner palabras precisas de lo que le sucede al joven, y poder transferir ese discurso profesional, del orden del saber, a un discurso más práctico y cotidiano, desde el lado de las mamás que lo escuchan y lo deben aceptar, no dando por sentado un diagnóstico, que solo va a reforzar a nivel familiar el doble etiquetaje que la sociedad se lo impuso. Tal vez se podría haber dicho a estas madres "su hijo posee ciertas dificultades en torno a estas áreas que deberíamos poder trabajarlas."

Ahora bien, en otro de los encuentros del Dispositivo Grupal de Padres, surgió la temática de la muerte ya que una de las integrantes del dispositivo había perdido en el último tiempo a su suegra. La misma ha mencionado (Registro N°30):

"Yo la verdad, que lo pase duro estos días... mi suegra falleció, yo estaba presente (llora) "

Pidió ayuda a los coordinadores para sobrellevar dicho momento doloroso. Los coordinadores remarcaron la importancia de manejar el dolor a su tiempo, el paso por diferentes estadios, el enojo, la tristeza. Esta temática resonó en las demás integrantes, cada una recordó una situación dolorosa que tuvo que atravesar en relación a la muerte:

"Hace 26 años murió mi abuela y yo a Dios no lo perdono, no sé cuándo lo haré"

"A mi también me paso, primero fallece mi hijo, luego mi marido, a él le dolía el pecho y no lo dijo".

Los coordinadores frente a la escucha de cada una de las presentes intervinieron:

"Yo pensaba esto último que había mencionado S... Cuando decías que a tu marido le dolía el pecho pero no lo decía ¿cuántas veces nos sentimos mal y no lo decimos y seguimos y seguimos...? por qué no nos preguntamos ¿qué me pasa a mí?"

"Pensaba en relación a esto, hay algo que se llama negación. Funciona como un mecanismo de defensa, donde muchas veces negamos aquello que nos está sucediendo, no quiere decir que sea algo que este mal sino que funciona como algo adaptativo a uno"

En base a lo dicho, este espacio estaba dado para resolver cuestiones vinculares, así como también dudas e incertidumbres de los participantes que concurrían a dicho espacio. Esta intervención apuntó, a la importancia de la palabra y así también la escucha, el dispositivo es quien da lugar a lo dicho, lo que posibilita la promoción y prevención de la salud.

Otra intervención promotora y preventiva de salud que se ha podido observar, fue en el "encuentro del día de la madre" (Registro N°49). Este encuentro fue organizado por las participantes del dispositivo ya que, querían compartir un día especial todas juntas. En el

correr del dispositivo cada una comentaba como había pasado el día de la madre, para algunas era un día festivo en el que podían compartir con sus hijos:

“ Yo la pase muy bien, tomamos mate, comimos torta, nos juntamos todas las hermanas con nuestros hijos”

Para otras fue un día angustiante ya que recordaban la ausencia de sus propias madres. “Yo estuve llorona... muy angustiada, porque es el día donde se preparan regalos. Mi vecina es una señora mayor, asíque la abraza y eso fue lo que me hizo bien. Teníamos que recordar a nuestras madres bien”.

Frente a lo dicho el coordinador intervino de la siguiente forma: “En este día de la madre a veces nos damos cuenta que nos hacemos problemas por pequeñeces, a veces no solo somos madres, sino también, hijas, abuelas... fíjense el sacrificio que hacemos por nuestros hijos, ellos tienen que seguir su camino, sus frustraciones. Como decía Winnicott... una madre suficientemente buena también es la que frustra. ¿cómo van ustedes con eso?”.

A raíz de esta pregunta realizada, se vislumbraron las siguientes respuestas:

“ A mí me dijeron que cuando mi hijo era chiquito y yo lo buscaba en el jardín los días que hacía mucho calor, le llevaba una gorrita, un vasito de jugo, y me dijeron... ¿por qué no esperas que él te pida?”

“A mí me pasa con mi hijo. Él se acuesta y me dice... mamá alcanzame el agua y yo le digo no, búscalo vos y ahí me siento mal, me siento mala madre”.

Frente a estas dos consideraciones, parece importante posicionarse sobre la primera respuesta, dando cuenta que la madre anula el deseo del niño, hablando por él, sintiendo por él, reforzando la simbiosis madre-hijo planteada por Winnicott, en ausencia de una ley paterna; en relación a la segunda consideración la madre intenta establecer una prohibición por medio del no, pero siente culpa, sintiéndose “mala madre”, aunque ella reconociendo esta situación sabe que es lo mejor para su hijo.

Tomando el dispositivo grupal de púberes, es pertinente destacar aquellas intervenciones que posibilitaron adoptar vínculos saludables de estos púberes con sus familias, así como también estilos de vidas saludables, disminuyendo o eliminando riesgos.

En uno de los encuentros se abrió el espacio para dialogar cuestiones que giraban en torno a dicha etapa, se propuso por parte del equipo realizar un buzón para depositar cuestiones de forma anónima en relación a la pubertad. (Registro N°20).

Se observó lo siguiente: “Tratemos de abrir este espacio para que ustedes opinen y digan lo que quieran. Que les gustaría hablar, que les pinta. Pueden decir algún tema que les interese, sexualidad, drogas, no se...”

Cabe destacar que el coordinador utilizó la jerga adolescente “qué pinta” como una forma de acercarse aún más a los integrantes del grupo, y que estén abiertos a compartir dudas e inquietudes en torno a la etapa. A su vez, los púberes han comentado en dicho espacio, lo que realizaban en sus tiempos libres en relación a la tecnología como por ejemplo:

“Yo juego al call of duty, fortnite y freefire”

Frente a esta pregunta que parecía tener una respuesta muy simple, el coordinador intervino con una pregunta generando un gran silencio e incertidumbre a los púberes:

“Pero... ¿qué pasa si se rompe la compu, la play? ¿O se corta la luz como la vez pasada que fueron 8 hs?”

Dos de los púberes respondieron: “mmm... no sé, tengo que pensar”

El coordinador volvió a intervenir con una propuesta: “Yo por ejemplo en mi época construía barriletes. Era todo un tema, no era tan simple... Había que buscar cañas, cortarlas, poner un buen papel porque si era muy pesado no volaba”

Estas intervenciones por parte del coordinador hicieron hincapié en las cuestiones de la pubertad, si bien no surgió ninguna duda o pregunta, se abrió la puerta para que se trabaje en otros encuentros. Debido a que nos encontramos en una era donde la tecnología es la vía principal de los más jóvenes, surgió el interrogante sobre que sucede si ya no se tiene acceso a internet o elementos electrónicos. Esto posibilitó que los participantes del grupo pudieran replantearse los tiempos libres, utilizar la creatividad, estimular la imaginación, es así que se planteó la posibilidad de confeccionar barriletes. Actividad esta que se realizó, en la que se observó que, al manipular los elementos de confección como por ejemplo el papel barrilete, al ser fino, delicado, al manipularlo con rapidez para poder remontarlo, se rompían y generaba un abandono de la construcción ya que no soportaban el fracaso y la frustración (conducta propia de los adolescentes de ahora que no toleran la espera; influencia esta negativa en cierto sentido de la tecnología que da respuestas rápidas y automáticas). Es importante mencionar aquí, que la propuesta del buzón que se ha mencionado anteriormente, no ha sido aplicada en los encuentros, lo cual hubiese sido una herramienta muy valiosa, debido a que las posibles consultas eran en anonimato.

En otro de los encuentros se comenzó con la consigna de elegir un tema que los chicos prefieran sin criticar los gustos de los compañeros, esto se utilizó como una forma de inicio, y a su vez poder romper con el modo en que se venía trabajando:

“Para comenzar vamos a hacer lo siguiente: La consigna se llama guerra de Djs, cada uno debe poner un tema que le guste sin criticar al otro. Cuando termine el tema, el compañero de al lado debe elegir el suyo” (Registro N°33).

Mientras transcurría el encuentro con la propuesta de la música, el coordinador intervino diciendo lo siguiente: "Se me ocurre pensar... ¿qué problemas hay en esta etapa? ¿Alguien me puede decir?"

Frente a esta pregunta, una de las participantes contestó: "Y... cambiamos en la forma de ser. Por ejemplo yo ahora no dejo que me digan algo, antes me dejaba. Ahora me pongo como loca y contesto"

Aquí es importante detenerse y retomar algo de lo planteado por Aguila Calero, Diaz Quiñones y Díaz Martinez (2017) el individuo se esfuerza por saber quién es y quién quiere ser, en la que quiere conocerse a sí mismo y proyectar y elaborar los ideales de vida para el futuro. Se replantean tanto el individuo como su relación con la sociedad, considerándose la búsqueda de nuevas metas y objetivos, que le permitan realizarse como individuo único.

Lo expuesto por la púber y lo citado anteriormente, da cuenta que la construcción de los aspectos subjetivos de la pre adolescencia y el conocimiento cada vez más intensificado de su ser le permite pararse frente a un otro, poner distancias frente a comentarios que recibe del otro y manifestar sus ideales y sus convicciones aunque sean desagradables para quien la escuche, esto es un claro ejemplo de la niñez que se sepulta y la nueva constitución de la personalidad adolescente.

En contraposición a la púber que hizo frente a eso que le molestaba y la perturbaba, se ha observado otra púber que manifestaba soledad, enojo, introversión:

"Mi amiga se ríe porque no me junto con nadie, me dice cosas feas y no me gusta, yo me enojo, a mí me gusta estar sola, no me gusta que me hablen, me gusta estar en silencio... lo que pasa es que a mí me hacen bullying" (Registro N°33)

A raíz de lo expuesto por la misma, resonó en el grupo generando coincidencias con situaciones vividas en relación al bullying, lo cual las mismas fueron resueltas mediante el dialogo:

"A mí me molestaban el año pasado, pero lo hable con mi mama y también le dije a la profesora"

Frente a lo expuesto, se remarca la importancia del diálogo, y del espacio como promotor de salud, ya que los púberes han podido dar cuenta que hay un otro, un par, que ha atravesado una situación difícil como la del bullying, generando empatía hacia el resto, acompañándolo, dándole consejos, así como también un adulto que acompaña, A su vez se refuerza la idea del grupo como sostén y terapéutico.

Otros de los comentarios frente a la intervención del coordinador, fueron los siguientes (Registro N°38):

“¿Viste cuando te preguntan quién te gusta?”

“Cambios de humor”

“Cambios físicos”

“Por ejemplo cambia la voz”

Retomando lo planteado por Pineda Pérez y Aliño Santiago (1999) esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia.

Ahora bien, tomando el encuentro de cierre de ambos dispositivos “Dispositivo Grupal de Padres” y “Dispositivo Grupal de Púberes”. Parece pertinente destacar la intervención de una de las coordinadoras, teniendo en cuenta la reflexión de cada una de las madres, haciendo referencia a uno de los objetivos planteados por el CIIJ, en relación a las cuestiones vinculares entre estas familias y púberes. Lo siguiente se observa en lo expuesto (Registro N°61):

La coordinadora invita a pasar a las familias y púberes, remarca la cantidad de personas que se han hecho presentes en este último encuentro, les da la bienvenida, invita a compartir un momento de reflexión, diciendo:

“Hola a todos ¿cómo andan? Hoy somos un montón, ya que es el último encuentro sería importante que podamos compartir algunas cosas que atravesamos durante todo este tiempo. ¿cómo estuvieron en el año? ¿Que nos pueden contar?”

Algunas de las presentes han podido compartir su experiencia, todas ellas fueron muy positivas y alentadoras para el dispositivo:

“Este espacio me ayudó mucho... Después de pasar por tres psicólogas, mi hija llegó a su objetivo. Pudo sobrellevar la partida de mi suegra porque estuvo muy bien apuntalada, yo tenía miedo que flaqueara”

Aquí parece importante resaltar aquello que esta madre menciona sobre el apuntalar, la posibilidad de acompañar, sostener, algo que desde el dispositivo estuvo muy presente.

A su vez otra de las integrantes manifestó: “Yo trato de hacer por mis nietos lo mejor posible. En el mayor he observado un cambio con esas rabietas que él tenía, me acompaña más. Ha sido muy positivo para nosotros. Nuevamente se observó en el discurso el refuerzo de lo vincular.

8.2.2.2 *Dispositivo Grupal de Niños.*

Teniendo en cuenta las intervenciones observadas en el Dispositivo Grupal de Niños, en primer lugar, es importante relatar el contexto en el que se desarrollaba.

La actividad del día consistía en la realización de títeres, previamente planificada, con la presencia de una de las madres de los niños, quien tenía conocimientos en relación a los mismos. Dicha madre por motivos que se desconocen, faltó al encuentro al igual que su hijo, sin dar aviso previamente. Frente a esta situación de incertidumbre frente al quehacer del día, se decidió improvisar con la confección de los títeres ya que los niños se veían muy entusiasmados. Debido a lo sucedido y ante la carencia de materiales previstos para la confección de títeres, los niños debían trabajar con mínimos materiales (una aguja, un hilo y dos tijeras) entre aprox siete niños, generando malestar, demanda, enojo, frustración, poca tolerancia a la espera. Es así, que mencionaban lo siguiente (Registro N°10):

“Dale apurate, dame la tijera, dale, quiero la tijera”

“Dale hacemelo a mí, dale”

“A mí no me sale esto, hacemelo vos”

Desde el dispositivo varias veces se intervino, intentando calmar el malestar y la insistencia de los niños.

“Hay que esperar que terminen de usarla, ya te lo van a dar”

“Ahora tenemos que coser el títere, pero debemos esperar ya que la aguja y el hilo lo están utilizando”.

Se puede pensar que frente a esta situación angustiante de pocos materiales que generaba fastidio en los niños, la promoción de salud se lograba dando un espacio para pensar, reforzar autoestima, hacerles ver el proceso, el tiempo, posibilitando el respeto por el otro, el compañerismo, la solidaridad, etc. A su vez, esta actividad ha dado lugar a la imaginación y creatividad en los niños ya que es un recurso didáctico muy utilizado. Había quienes preferían dar órdenes y que un tercero confecciona el títere, mientras que otros preferían realizarlo por su cuenta.

Finalizando el encuentro debían improvisar voces con los títeres lo cual la improvisación ha dado lugar a que el niño sea protagonista de su propia historia, donde hay un entrelazo con otro. Muchas veces ocurre que la personalidad del niño se ve plasmada en la interacción con el títere, es una gran herramienta para la expresión.

En otro de los encuentros, la intervención de la coordinadora estaba puesta en promover salud por medio del movimiento corporal. Se observó en lo siguiente (Registro N°26):

“Hola chicos ¿cómo anduvieron? hoy vamos a hacer una actividad que tiene que ver con el cuerpo”

El encuentro estaba dividido en varias partes, la primera parte estaba destinada al movimiento corporal propiamente dicho:

“Cada uno debe agarrar un color que se encuentra en la tela, luego debemos quedarnos quietos en el color que elegimos, y cuando yo les diga, tenemos que lanzar la tela para arriba y cuando diga el nombre de alguno debe pasar por debajo sin que la tela lo atrape”

Dicha actividad dio lugar no solo a la expresión corporal de los niños sino que también impulso al sentimiento de pertenencia grupal. Esta actividad corporal con niños fue utilizada como una forma de romper el hielo, ya que encuentros anteriores cuando debían improvisar con los títeres se veían muy tímidos. Así mismo, promueve y facilita alcanzar a comprender su propio cuerpo, sus posibilidades, conocer y dominar actividades corporales.

La segunda parte estaba destinada a realizar psicodrama, poder imitar diferentes sonidos, hasta inventar la voz del personaje elegido del títere.

“Ahora cada uno debe realizar el sonido de un personaje, un animal, y el resto debe adivinar que es”.

Una de las coordinadoras del dispositivo tenía formación en psicodrama. Se puede decir que el mismo permite la dramatización no sólo de cuestiones personales sino también imaginarias, es un espacio para explorar y ensayar diferentes alternativas ya sea de personajes o escenarios.

La siguiente intervención que ha podido visualizarse, estaba puesta en el foco del aprendizaje, como se ha mencionado anteriormente, este grupo estaba conformado por niños que presentaban dificultades en torno al aprendizaje, dicha actividad propuesta estaba dada para evaluar a los niños en esta área (Registro N°36):

“Hola chicos ¿cómo anduvieron? La actividad que tenemos pensada para hoy es realizar una sopa de letras ¿alguno sabe que es una sopa de letras?”

Solo uno de ellos ha podido contestar: “Si, tenes que buscar las palabras que están escondidas”, el resto permaneció en silencio.

A raíz de esto se pudo observar que la carencia de la lectoescritura en el ámbito familiar y escolar, hizo que los niños desconozcan el significado del para que sirven las palabras y que podemos hacer con ellas. Esta actividad le permitió al niño la diferenciación en

que las palabras para ser leídas o escritas tienen que ser diferentes y a su vez le permite al niño ir completando, eligiendo y ubicando las letras en un contexto de una significación sonora que da origen a una palabra. Cabe aclarar que esta actividad presento muchos obstáculos y dificultades a la gran mayoría de los niños, excepto una niña que se notaba que su madre solía leerle cuentos, incentivarla a escribir poesías, fabulas, entre otros.

Por otro lado, otra de las intervenciones propuestas por el dispositivo estaba destinada a aprender y/o internalizar la noción del tiempo y el espacio. En encuentros anteriores los niños no sabían que día cumplían años, a qué hora se levantaban para ir al colegio, etc. La coordinadora entonces, propusieron la siguiente consigna (Registro N°41):

“Vamos a armar un calendario con los días y meses. Cada uno tiene que poner que día cumple años, si no se acuerdan yo tengo anotado en cada una de las carpetas sus fechas de nacimiento. Pero la idea es que ustedes puedan acordarse, después en un reloj de cartón vamos a ir marcando las diferentes horas”.

Ante esta consigna, el grupo de niños no recordaba ni los meses, ni su orden y mucho menos sus cumpleaños. Actividad que no fue atractiva para ellos ya que estaba desorganizada, no era interactiva, lo cual conllevó a situaciones graciosas para ellos, y distractora.

La noción del tiempo y del espacio es una construcción que se va organizando a lo largo del crecimiento del niño, para poder enseñarla e internalizarla hay que relacionarla con actividades de la vida cotidiana. Por ejemplo el desayuno marca el inicio del día, acompañada con el ingreso a la escuela, el almuerzo indica el mediodía y así sucesivamente. Se cree que esta noción temporoespacial, en dicha edad debe estar establecida, y al parecer no es algo que se enseña en el hogar lo cual conllevó a la dificultad. Muchos de ellos decían:

“Yo voy al colegio a las tres de la mañana”

“Yo no sé a qué hora me levanto, me levanta mi mamá”

Es por ello que se trabajó la temática de la noción temporoespacial ya que desde el ámbito educativo y familiar no se enseña generalmente.

El aprendizaje y la internalización de estas nociones, le permite al infante posicionarse en una realidad objetivante y marcar pausas y ritmos.

La siguiente intervención que se ha tenido en cuenta tuvo que ver con las reglas, que son, en donde hay y que pasa si no se cumplen. Cuando se ingresó al consultorio, la situación estaba fuera de lugar. Gritaban, corrían, giraban en las colchonetas, las coordinadoras les pedían a los niños que se sentaran, pero continuaban jugando. Una vez que lograron mantener la situación y que los niños prestaran atención, una de las coordinadoras del dispositivo intervino (Registro N°43):

“Chicos hoy parece que están un poco alborotados, es importante que recordemos que cada vez que ingresamos a un lugar debemos cumplir ciertas reglas. ¿Alguno sabe que son las reglas? ¿dónde hay? ¿Para qué sirven?” Solo 3 niños contestaron:

“Son para cumplirlas”

“Hay en la casa y también en la escuela”

“Si no se cumplen cada uno hace lo que quiere”.

Pese a que algunos comprendían de lo que se les hablaba, estas “reglas” se desvanecían, ya que continuaban distraídos, caminando por el lugar. Las normas son reglas o leyes que sirven para regular y mantener el orden dentro de un grupo, un proceso o una sociedad. El cumplimiento de las normas tiene como resultado el bien común, ya que sirven para: establecer el orden y el desarrollo social, mejorar la disciplina y los buenos hábitos, así como también evitar conductas disruptivas.

Otra de las intervenciones promotoras y preventivas de salud, tenía que ver con la confección de una historieta. Se dividieron en dos grupos por azar, 3 niños con una profesional y 3 niños con una practicante. El primer paso consistía en imaginar una historia, un inicio, un nudo y un desenlace, el siguiente pasó imaginar los personajes y por ultimo dibujarlos. Dos de los niños comenzaron creando la historia, la tercera de las niñas divagaba, se concentraba en los lápices de colores, en lo que pasaba en el otro grupo. Cada uno debía pensar dos viñetas (escenas) y plasmarlas. En un momento, aquella niña que divagaba comienza a dibujar sin sentido, se le interroga y no sabe contestar sobre el dibujo, sus compañeros se enojan, le retiran la hoja, ella se enoja. Luego de varios intentos se le pide que dibuje lo que ella quiera, ya que la misma se encontraba muy empeñada en dibujar una cocinera que se encontraba en una tarjeta, pero a su vez se la notaba enojada ya que no le estaba quedando como ella deseaba.

Se intervino diciendo (Registro N°45):

“No copies la tarjeta, vos dibujas muy bien, hace lo que te salga. Mejor me voy a llevar la tarjeta, dibuja una cocinera como vos quieras”

Frente a dicho pedido, se fastidió aún más, procediendo a dibujar. Mientras sus compañeros esperaban, ella terminaba y un poco temerosa decidió mostrar su dibujo, en ese momento se le dijo:

“ ¡Mira que linda te quedo! ¿Viste que vos podes?”

Ella miró y sonrió, su cara de fastidio se había borrado por completo, volvió a mirar su dibujo y nuevamente sonrió. Aquí es donde parece importante detenerse, la promoción y prevención de la salud, se observa allí. Esta niña que se encontraba estancada y enojada con la

actividad, fue acompañada en este proceso. La posibilidad de reforzar y fortalecer las potencialidades de esta niña, confiar en sus habilidades, aplaudir sus logros y celebrar sus avances, así como también crecer con el aprendizaje.

La siguiente intervención que se ha tomado para el análisis, se relaciona con la temática de la violencia. Los niños manifestaron situaciones en las que se han sentido vulnerados, algunos contaban que en la escuela le hacían bullying, otros comentaban que sus papas les pegaban cuando se portaban mal. Debido a esto la coordinadora planteó lo siguiente (Registro N°50):

“¿Qué les parece si hacemos una canción de los buenos tratos?”

En dicho encuentro y posteriores se comenzó confeccionando una canción para luego invitar a un sonidista a grabar. La posibilidad de transformar situaciones adversas y dolorosas en algo creativo como por ejemplo una “canción de los buenos tratos”. Este aspecto creativo sirve de resiliencia ante una situación tan dolorosa como lo es la violencia en todas sus formas. A su vez el hecho de compartir en el grupo las mencionadas situaciones posibilitó la prevención y reducción de los daños.

La ultima intervención que se ha tomado, se relaciona con la actividad lúdica. Cuando se ingresó al consultorio, se acomodaron las colchonetas y la coordinadora dio aviso a los niños que la practicante de psicopedagogía iba a realizar una actividad. En ese momento los niños comenzaron a mirarse, algunos de ellos risueños, entusiasmados, curiosos. La misma comenzó diciendo (Registro N° 56):

“El otro día mis hermanitos estaban jugando al futbol, pero necesitaban un jugador más para completar el equipo. Como a mí me gusta jugar al futbol, me invitaron a jugar y estuvimos toda la tarde jugando ¿a ustedes les gusta jugar? ¿con quién juegan?”

Algunos de ellos contestaron:

“A mí me gusta jugar a las escondidas”

“A mí me gusta jugar a la play”

“Yo juego a las escondidas”

“Yo juego a ser cocinera”

Nuevamente la practicante intervino “¿Y con quien juegan ustedes? ¿juegan con sus papas?”

Varios de ellos manifestaron jugar solos o con sus amigos. Luego de las preguntas, el juego daba lugar al movimiento corporal, girar sobre su propio eje, alrededor de sus compañeros, entre sus compañeros, etc. Lopez Chamorro (2010) plantea que el juego es un camino para que el niño se desarrolle y pueda integrarse en la sociedad. Además de ser una

actividad natural y espontánea a la que el niño le dedica todo el tiempo posible, desarrolla su personalidad y habilidades sociales, estimula el desarrollo de sus capacidades intelectuales y psicomotoras y, en general, proporciona al niño experiencias que le enseñan a vivir en sociedad, a conocer sus posibilidades y limitaciones, a crecer y madurar. Es decir, El juego cumple un papel fundamental en el desarrollo del niño. La afectividad, la motricidad, la inteligencia, la creatividad y habilidades sociales se activan y estimulan en el momento en que el niño juega.

Como conclusión de la categoría, las intervenciones que se han señalado, son algunas de las que se han considerado como promotoras y preventivas de salud. Las mismas han permitido vislumbrar aspectos en el desarrollo del dispositivo que posibilitaron revertir situaciones que podrían haberse tornado de otra forma como por ejemplo: la intervención positiva por parte de la coordinadora en el encuentro que surge la temática de la violencia, dicha situación dolorosa que podría haber quedado en una simple charla se convirtió en un aspecto saludable como la creación de la canción de los buenos tratos, así también se han podido resaltar puntos positivos como por ejemplo: abrir el espacio para que surjan dudas e incertidumbres en torno a la pubertad.

8.2.3 Determinantes del proceso salud – enfermedad que impactan en las familias, púberes y niños que asisten a los dispositivos grupales.

En el transcurso por el CIIJ, se ha observado una gran cantidad de cuestiones en relación a los determinantes del proceso salud- enfermedad que han impactado en los participantes de los diversos dispositivos grupales.

Parece importante retomar el modelo Lalonde y su modelo explicativo sobre los determinantes de la salud. Según lo expuesto por Alfaro (2014) los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

Es en este sentido que parece relevante tomar estos aspectos que permiten vislumbrar el impacto de los determinantes en las familias, púberes y niños.

Se ha observado en la mayoría de los encuentros la presencia de aspectos relacionados a lo social, económico y laboral, dando cuenta que actualmente en diversos casos, sobre todo

los grupos más vulnerables; la crisis social, económica, laboral y política afecta fuertemente a este grupo, haciendo esto significativo para compartirlo, hablarlo, pensarlo. Tal como lo plantean Ortega Bolaños y Baula Escobar (2012) los sujetos vulnerados son aquellos que más sufren estas brechas y asignaturas pendientes en relación a la calidad y a la prestación de los servicios, no sólo en relación a los servicios de salud sino aquello que refiere a la vivienda, alimentación, educación, es decir, todo aquello que posibilita una calidad de vida digna.

Es así que Acevedo, Martínez y Utz (S/F) plantean que los ingresos económicos se asocian a mejores indicadores de la salud de la población, así como también el entorno físico, ya que, agua potable, lugares de trabajo saludable, casas seguras, comunidades y calles que contribuyen a tener una buena salud, y a su vez, tener empleo permite estar más sano/a, especialmente en aquellos casos en que los/las trabajadores/as tienen control sobre sus condiciones de trabajo. Lo planteado se observa en los siguientes relatos (Registro N°7):

Madre de M: “Yo observo un cambio positivo en mi hija, a pesar de toda la situación que estamos travesando como familia... Mi marido y yo estamos sin trabajo, a él lo echaron después de 27 años de trabajo.

La coordinadora interviene: “¿Le dieron la indemnización?

Madre de M: “No... él estaba en negro, y ahora se sumó, que nosotros habíamos comprado una casita (su voz comienza a quebrarse poco a poco). La cuestión es que, la señora que nos vendió la casa, se llevó todo, hasta las rejas eh. Hace poco quisimos firmar la escritura, y esta señora no quiere firmarnos la escritura y nos quiere sacar la casa”

Este es un claro ejemplo no solo de falta de ingresos económicos, sino también de precarización laboral ya que la falta de garantía de condiciones socioeconómicas mínimas y suficientes para la supervivencia digna lo afecta como trabajador y repercute en su entorno familiar y social debido a que al parecer, por el momento el padre era el único sustento de la familia. En tal sentido Busso (2005) nos dice que una de las manifestaciones de la exclusión, es el desempleo, aunque esta no sea la única dimensión relevante en la que se ha utilizado el concepto. La inclusión social es la combinación de los tres pilares básicos: vivienda, familia y trabajo.

Posteriormente, en otro encuentro, esta madre volvió a manifestar su preocupación por la situación económica que estaban atravesando (Registro N° 17):

“Mi marido sigue desempleado, pero ahí estamos... haciendo changas. Por suerte mi familia me ayuda, mi hermana siempre me compra algo y me lo trae, yo le digo que no hace falta pero ella siempre me ayuda, somos muchas, nos ayudamos entre todas.”. Destacando aquí, las redes familiares como un sostén en situaciones adversas a atravesar.

Otra de las madres del Dispositivo Grupal de Padres, comentaba sobre la ausencia hace varios encuentros de una de las madres, debido a dificultades económicas:

“Hay una de las mamás, que nos dijo que no llegaba a fin de mes. Creo que estaría bueno que podamos hacer alguna colecta o algo, que cada una traiga lo que pueda para poder dárselo. No se... un paquete de arroz, fideos, ponernos de acuerdo para no traer todas lo mismo también” (Registro N° 30).

La misma, encuentros siguientes manifestó su situación: “Este año tuve que trabajar muchísimo, cada trabajo que me ofrecían lo tomaba porque si no me alcanzaba la plata para subsistir y eso es difícil porque siento que a mi hijo no lo pude acompañar mucho y eso me da culpa, sobre todo en esta etapa que es muy difícil. Es por eso que este último tiempo me ausente tanto en los encuentros” (Registro N° 60)

Aquí parece importante realizar una observación, si bien volvió a surgir esta problemática en base a la dificultad de ingresos económicos, estas madres que se encontraban en una situación similar, tal vez algunas mejor posicionadas que otras, deciden colaborar con esta madre que se veía más afectada que el resto, tarea que en realidad no les compete a ellas sino al estado, quien debe garantizar el bienestar de la población. Ortega Bolaños y Baula Escobar (2012) plantean que no solo se debe trabajar solamente en fortalecer los procesos de protección social de estos grupos vulnerables desde la estructura de oportunidades, ni de operar en las dimensiones de su vulnerabilidad a nivel individual y colectivo. Se trata de que se genere un conocimiento que vincule estos dos escenarios de trabajo y que permita formular orientaciones políticas enfocadas desde derechos fundamentales, que reconozcan las capacidades y libertades para una mejor equidad en calidad de vida y salud.

Otro de los aspectos que se han mencionado mucho es la posibilidad de continuar un tratamiento psicológico gratuito y de calidad, ya que muchas veces no han podido continuar con los mismos por dificultades económicas. Lo expuesto se observó en los siguientes relatos (Registro N° 61):

“Muchas veces no tenía la posibilidad económica para afrontar tratamientos, pero acá si pude seguir trayéndolos”

“Es cierto, acá mi hijo ha podido continuar”.

La coordinadora mencionó: “Como bien sabemos este año ha sido bastante difícil, donde lo económico aparece como algo difícil. Difícil de sostener un tratamiento, el transporte... Es muy valioso que a pesar de todo hayan podido seguir viniendo”

Si bien esto dio cuenta de un aspecto positivo ya que gracias al acceso gratuito a la salud han podido sostener un tratamiento, también hubo otros obstáculos que dificultaron la

continuidad del tratamiento, como los que se han mencionado anteriormente. Así Acevedo, Martinez y Utz (s/f) plantean que los servicios de salud, el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de atención médica, ya sea preventiva o curativa, influye también en estado de salud. También Ortega Bolaños y Baula Escobar (2012) el nivel de salud y el acceso a servicios de salud son los medios generadores de reconocimiento de derechos sociales y de equidad con mayor impacto positivo, tanto en las frágiles redes y lazos sociales como en los derechos políticos y sociales de los ciudadanos excluidos y vulnerados socialmente.

En el Dispositivo Grupal de Niños, se han podido visualizar varias situaciones que dieron cuenta de la dificultad del acceso a lo económico. Lo siguiente se observa a continuación (Registro N°15):

Las coordinadoras del dispositivo les dan la bienvenida a los niños. En un momento dado, una de las coordinadoras le realiza una pregunta a una de las niñas:

“¿Vos que hiciste el fin de semana?”

Ya que al parecer esta coordinadora había visualizado a la niña acompañando a su madre trabajando en una playa de estacionamiento.

Nuevamente intervino: “¿Puede ser que estabas con tu mamá y tu hermanita en una playa de estacionamiento, mientras tu mamá trabajaba?”.

La niña mira a la coordinadora de reojo y asiente la cabeza diciendo que sí.

Según lo expuesto, se puede decir que lo visualizado en este dispositivo condensa todo aquello que se ha mencionado anteriormente. No solo por esta madre que sale a trabajar para subsistir sino que también lo debe hacer acompañada de sus hijas menores. Ejemplos como estos, vuelve a hacernos repensar que el estado está ausente y vulnera los derechos de los niños. A su vez se puede pensar un aspecto saludable por parte de esta madre hacia sus hijas llevándolas a su lugar de trabajo, ya que al no tener con quien dejarlas a su cuidado decide llevárselas, como una forma de protección y resguardo hacia sus hijas.

Finalmente, en el encuentro de cierre del Dispositivo Grupal de Padres y Niños. La propuesta era poder llevar algo para compartir y realizar la muestra final que habían preparado los niños. La coordinadora mencionó lo siguiente (Registro N°62):

“¡Cuántas cosas han traído para compartir! miren hay pizza, galletitas, papas fritas, muchas cosas! ...”

Mientras la coordinadora mencionaba todo lo que habían traído para el encuentro, una de las niñas reacciona rápidamente y dice lo siguiente:

“Yo no traje nada, mi mamá no puede”

Ante este comentario se puede visualizar como la niña tenía internalizada la situación económica que estaba atravesando su familia, y al ver que rápidamente se mencionan lo que habían traído sus compañeros para compartir, ella al no poder llevar nada enseguida justifica su situación para no quedar expuesta ante los otros.

Como conclusión se puede decir que el entorno en el que se encuentran las personas influye en su desarrollo, aquellas que se encuentran en los sectores más vulnerados son quienes sufren la mayor desigualdad. Cuando se habla de carencias se habla de escaso o nulo acceso a los servicios de salud, alimentación, vivienda, educación, trabajo, entre otras. Esto es algo que como se ha expuesto anteriormente se ha dado mucho en el desarrollo de los dispositivos.

Por otra parte, es importante mencionar que las familias a pesar de estar expuestas a condiciones de carencia han podido sortear las dificultades y continuar en el dispositivo con mucho compromiso y dedicación.

9. REFLEXIONES FINALES:

En el presente apartado se propone expresar algunas reflexiones del proceso vivido, que han surgido a lo largo del desarrollo de las Prácticas Pre profesionales Supervisadas en el Centro Integral Infanto Juvenil de la Ciudad de Córdoba, durante el año 2019.

El recorrido por la institución, ha permitido el crecimiento y aprendizaje que se obtuvo en lo que implica salir del rol de alumna para asimilar el futuro rol profesional. Esto posibilitó ampliar la mirada frente a situaciones que simplemente se habían estudiado desde un punto de vista teórico. Sumado a esto, el hecho de que el trabajo haya sido desde una perspectiva sanitarista, ha permitido tener en cuenta la multiplicidad de determinantes que atraviesan a las personas, así como también a la institución y adoptar una perspectiva más amplia y enriquecedora.

También se puede decir que este Trabajo de Integración Final, posibilitó volver sobre lo vivido, reflexionar sobre la experiencia y preguntarse acerca de los aportes teóricos desarrollados hasta el momento.

Pensar que el rol del psicólogo, permite ayudar, comprender y reflexionar, así como también interrogarse sobre puntos traumáticos y angustiantes del otro y poder brindar una posible solución que se construye junto al otro, es gratificante dar respuestas a interrogantes de un niño, púber y a su entorno familiar y que dicha respuesta sea mediante un proceso constructivo, como se supo leer en una de las cátedras a lo largo de la carrera "no hay mago sin magia".

Se toma en consideración que esta experiencia ha permitido no solo vislumbrar las diferentes modalidades grupales e intervenciones tendientes a promover y prevenir salud sino también a reflexionar sobre lo que esto implica para quienes trabajan en dicho ámbito.

Los diversos dispositivos grupales, que se han expuesto en dicho trabajo, tienen su propia riqueza. Así como la demanda en Salud Pública es cada vez más compleja, los modos de intervención deben ser más variados, más enriquecedores, pudiendo dar lugar a otros beneficios. Se sostiene que el "Dispositivo Grupal Terapéutico de Niños" ha permitido y habilitado muchas posibilidades en los niños con respecto a su personalidad, su autoestima, reforzar vínculos saludables, fortalecimiento de sus capacidades para que luego puedan hacer uso de ellas, entre otras cosas. Por su parte el "Dispositivo Grupal Terapéutico de Padres" y el "Dispositivo Grupal Terapéutico de Púberes" ha posibilitado reforzar una escucha y una

mirada por parte de los participantes, logrando no solo promover y reforzar vínculos saludables sino también comprendiendo y acompañando a un otro.

Para finalizar, se puede decir que es muy valioso e importante sostener esta instancia de prácticas dentro de la formación que la UCC brinda, ya que permite visualizar muchos de los contenidos teóricos adquiridos durante la carrera y poder contrarrestarlos con la realidad que se nos presenta. Es sumamente meritorio poder acercarnos al rol que toque desempeñar en un futuro.

10. BIBLIOGRAFÍA:

- Acevedo, G., Matinez, D y Utz, L. (S/F). La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. Recuperado de: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
- Aguila Calero, G., Diaz Quiñones, J y Diaz Martínez, P. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 15(5), 694-700.
- Agullo Gasull, R. (2001). El grupo taller una forma de abordaje de los trastornos de aprendizaje. *Revista de la sociedad española de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. (32), 187-194.
- Alfaro, N. (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Revista Salud Jalisco*. (1), 36-46.
- Busso, G. (2005): Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población. Recuperado de: <https://url2.cl/8RSw5>
- Bustos, G. (2010). Hospital público y dispositivos grupales. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Calle Dávila, M. (2011). Prevención de la violencia en adolescentes y jóvenes: intervenciones que funcionan. En Moreno Gea (Presidencia), 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Camacho, J. (2006). Los diagnósticos y el DSM IV. Recuperado de: <https://www.scribd.com/document/347528003/Los-diagnosticos-y-el-DSM-docx>
- Campo Barakaldo, A. (2015). Como planificar un taller. https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/8677/Proyecto_18_09.pdf?1478097924.5
- Código de Ética. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, Argentina, 12 de noviembre de 2016. Recuperado de: <http://www.cppc.org.ar/codigode-etica/>

- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. *Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Ed. Lugar
- Dabas, E y Perrone, N. (1999). Redes en Salud. Documento inédito.
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas publicas saludables. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2), 102-106.
- Del Cueto, A. y Fernández, A. (1985). *Lo grupal 2*. Buenos Aires: Ed. Búsqueda.
- Edelman, L. y Kordon, D. (2011). *Trabajando en y con grupos*. Buenos Aires: Ed. Psicolibro.
- Fernandez Miró, J. (2018). *Crece en grupo, crecer con el otro: una experiencia en un grupo terapéutico de niños con alteraciones en el desarrollo*. Temas de psicoanálisis, (16), 1-30.
- Fernández, A. (2008). *El campo grupal*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Ferrari Riganti, C. y Fontao, B. (2008). Dispositivo Grupal. Recuperado de: <https://www.colpsibhi.org.ar/publicaciones/dispositivo-grupal>
- Fornós Barreras, A. (2001). La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos. *Revista de la sociedad española de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. (32), 183-198.
- Giberti, E. (2007). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A., Valencia Garcés., y Palacio Rodríguez, S. (2010). *Revista hacia la promoción de la salud*, 15(1), 28-143.
- Gomez Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122.
- Hernández, C., Valladares, A., Rodríguez, L y Selin, M. (2017). *Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria*, 15 (3), 341-349.
- Izaurieta, M., Fernandes, B., y Fernandes, W. (2005). La vivencia del grupo de reflexión en dos países con coordinadores de dos nacionalidades. *Revista Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 6(1), 8-17.

- Jara, O. (2010). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Investigación y Pedagogía*, (4), 67-74.
- Jiménez Arrieta, M., Macías, M., y Amarís, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares. *Revista científica Salud Uninorte*, 28(1), 99-112.
- Ley N° 9848. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina. 5 de noviembre del 2010.
- Ley N° 26.061. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 21 de octubre de 2005.
- Ley N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010.
- Ley N° 9.944. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 3 de junio de 2011.
- Lopez Chamarro, I. (2010). El juego en la educación infantil y primaria. *Revista de la educación en extremadura*, 19-37. Recuperado de <http://educacioninicial.mx/wp-content/uploads/2017/11/JuegoEIP.pdf>
- Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Moise, C. (1998). *Prevención y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Ed Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Ed Paidós.
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 3(2), 135-154.
- Oblitas, L. (2006). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología*, 26(2), 219-256.
- Ortega Bolaños, J y Bula Escobar J., (2012). El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud. *Revista Salud Pública*, 14(6), 1037-1046.

- Pineda Pérez, S. y Aliño Santiago, M. (1999). *El concepto de adolescencia*. En R. Márquez Gálvez y E. F. Colás Pérez. (Eds.), *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*.(pp. 15-23). La Habana, Cuba: Ed MINSAP.
- Puget, M. Bernard, G. Games Chaves y E. Romano (1982). *El grupo y sus configuraciones*. Argentina: Ed. Lugar
- Quiroga, S. (1998) *La adolescencia: fenómeno de multideterminación*. Buenos Aires: Ed Bs As.
- Rice, P. F. (1997). *Desarrollo humano- Estudio del ciclo vital*. México: Ed. Pearson Educación.
- Rother Hornstein, M. (2006) *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires, Argentina: Ed Paidós
- Saforcada, E. (2012). Psicología Sanitaria, historia, fundamentos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-130.
- Sánchez, E. (2018). Grupos de autoayuda: ¿cuál es su utilidad?. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/grupos-de-autoayuda-cual-es-su-utilidad/>
- Snopek, C. (2019). *Las profesionales de un Centro de Atención Integral Infanto Juvenil como agentes de salud en la prevención de las diferentes modalidades de violencia y promoción del buen trato* (Trabajo Integrador Final). Facultad de Filosofía y Humanidades, departamento de psicología, Córdoba, Argentina.
- Toranzo, E., Taborda, A., Zukerfeld, R., Beá N., Torras, E., y Quiroga, S... (2013). Perspectiva Psicoanalítica relacional-grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico. San Luis: Ed Nueva Editorial Universitaria. Recuperado de <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/12/PERSPECTIVA-PSICOANALI%CC%81TICA-RELACIONAL-GRUPAL.pdf>
- Torras, E. (2002). Grupos de Adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33(3), 135-147.
- Yuni, J.A, y Urbano, C.A. (2014). *Técnicas para investigar*. Córdoba, Argentina: Ed Brujas.